



Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Bureau de la Représentation au Burundi



RAPPORT ANNUEL 2017



**Organisation mondiale
de la Santé (OMS)**

Bureau de la Représentation au Burundi

RAPPORT ANNUEL 2017

Boulevard de l'Uprona, Rohero II, B.P.1450 Bujumbura
Tél: (+257) 22 53 34 00; Fax: (+257) 22 23 17 71
E-mail: oms-burundi@who.int



« La possession d'un meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »

Préambule de la constitution de l'OMS

Equipe de Rédaction

- Dr Walter KAZADI MULOMBO
- Dr Dismas BAZA, NPO/MAL/MTN
- Dr Jean François BUSOGORO, NPO/FHP
- Dr Rose Marie Magnifique NDUWIMANA



Table des matières

ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS	3
PREFACE	8
I. CONTEXTE NATIONAL	9
1.1. Introduction.....	9
1.2. Contexte socio-économique.....	9
II. LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES	12
2.1. Lutte contre le VIH/Sida.....	12
2.2. Hépatites.....	13
2.3. Lutte contre la Tuberculose.....	14
2.4. Lutte contre le paludisme.....	16
2.5. Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées.....	18
III. LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	20
3.1 Maladies non transmissibles.....	20
3.2. Nutrition.....	21
IV. SANTE FAMILIALE ET REPRODUCTIVE	22
4.1. Santé reproductive, néonatale, infanto juvénile et de l'adolescent.....	22
4.2. Santé de la personne âgée.....	28
4.3. Genre et équité.....	28
4.4. Maladies évitables par la vaccination.....	28
4.5. Santé Environnement.....	30
V. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	30
5.1. Prestations de services centrés sur la personne.....	30
5.2. Gouvernance et leadership de la santé.....	31
5.3. Financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle.....	32
5.4. Production des évidences et information stratégique.....	33
5.5. Produits médicaux et technologies sanitaires.....	34
VI. SECURITE SANITAIRE ET URGENCES	36
6.1. Alerte et réponse aux épidémies.....	36
6.2. Gestion des urgences humanitaires.....	38
6.3. Sécurité sanitaire des aliments.....	39
VII. ERADICATION DE LA POLIOMYELITE	40



VIII. GESTION ET COORDINATION DU BUREAU PAYS.....	41
8.1. Le Personnel.....	41
8.2. Finances	42
8.3. Outils de gestion du bureau de l'OMS	42
8.4. Communication stratégique.....	43
8.5. Réunions et retraite du personnel	44
8.6. Association du Personnel de l'OMS Burundi.....	44
IX. DEFIS, OPPORTUNITES, CONTRAINTES ET PERSPECTIVES.....	45
9.1. Défis, contraintes et opportunités	45
9.2. Perspectives 2018	46
X. SYNTHESE DES REALISATIONS ET CONCLUSION	47
Annexes :	49



Acronymes et des abréviations

ABUBEF	: Association Burundaise pour le Bien Etre Familiale
ACD	: Atteindre Chaque District
ACE	: Atteindre Chaque Enfant
AFRO	: African Region Office
ANSS	: Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et malades du Sida
APOB	: Association du Personnel de l'OMS au Burundi
ARV	: Anti Retro Viral
BCG	: Bacille de Calmet et Guerin
BPCO	: Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CBM	: Christopher Blind Mission
CCS	: Country Cooperation Strategy
CDT	: Centre de Dépistage et de Traitement
CFE	: Contengency Fund Emergency
CHUK	: Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
CICR	: Comité International de la Croix Rouge
COUSP	: Centre des opérations d'urgences de santé publique
CPN	: Consultation Périnatale
CPSD	: Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CRB	: Croix rouge du Burundi
CRCA	: Comité Régional de Certification pour l'Afrique
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSU	: Couverture Santé Universelle
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Arthémisinin
CTC	: Centre de Traitement du Choléra
CV	: Couverture Vaccinale
DFC	: Direct Financial Coopération
DHIS2	: Departement Health Information System
DI	: Direct Implementation
DPC	: Desease Prevention and Control



DS	: District Sanitaire
DTC-Hib-Hep B	: Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Haemophilus Influenzae de type b et Hépatite B
ECD	: Equipe Cadre de District
EDM	: Essential Drug Medecine
EDS	: Enquête démographique de Santé
ESPEN	: Expendit Special Program Elimination of Neglected Desease
FHI360	: Family Health International
FHP	: Family Health Program
FM	: Fond Mondial
FUNSA	: Fédération of UN Staff Association
GAS	: Gestion des Achats et stocks
GAVI	: Global Alliance for Vaccine and Immunization
GFATM	: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GLC	: Green Light Comite
GMC	: Global Management Center
GVC	: Group Volontaria Civil
HIV	: Human Immuno deficiency Virus
HNO	: Humanitarian Needs Overview
HPV	: Human Papillomavirus
HQ	: Head Quarter
HRP	: Humanitarian Response Plan
HSS	: Health System Sthrengthen
HTA	: Hypertension artérielle
ICT	: Information and Communication Technology
IHPB	: Integrated Health Project in Burundi
IMC	: International Médical Corps
INFOSAN	: International Food Safety Authorities Network
INH	: Isonicotinyl hydrazine
INSP	: Institut National de Santé Publique
IRC	: International Rescue commitee
ISF	: Indice synthétique de fécondité



IST	: Infections sexuellement transmissibles
IST AC	: Intercountry Support Team Africa Central
ISTEEBU	: Institut des statistiques et études économiques
IVD	: Immunization and Vaccine Disease
JICA	: Japan International Cooperation Agency
KPI	: Indicateurs clés de performance
KVA	: Kilovoltampère
MAS	: Malnutrition aiguë sévère
MCNT	: Maladies chroniques non transmissibles
MEV	: Maladies Evitables par la Vaccination
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à longue Durée d'Action
MIRA	: Mutisectorial Initial Rapid Assessment
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MOSS	: Management operation Security System
MPN	: Médecin Planificateur National
MSFB	: Médecins Sans Frontières Belgique
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
MTN	: Maladies Non Transmissibles
ND	: Non Disponible
NPO	: National Professional Officer
NU	: Nations Unies
NV	: Naissances Vivantes
OCHA	: Officer for the Coordination of Humanitarian Agency
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OIM	: Organisation Internationale des Migrations
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Organisation des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OO	: Operation Officer
PBF	: Program Budget and Finance



PCV	: Pneumococcal Conjugate Vaccine
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFA	: Paralysie Flasque Aigue
PIB	: Produit Intérieur Brut
PID	: Pulvérisation Intra Domiciliaire
PNDS	: Plan Nationale de Développement Sanitaire
PNILS	: Programme National Intégré de Lutte contre le Sida
PNLT	: Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNSR	: Programme en charge de la Santé de la Reproduction
PSI	: Population Santé Information
PSN	: Politique Nationale de Santé
PVS	: Poliovirus sauvage
PVVIH	: Personnes Vivant avec le Virus de l'Immuno-déficience Humaine
RPCA	: Réponse Clinique et Parasitologique Adéquate
RDC	: République Démocratique du Congo
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RR	: Rougeole-Roubéole
RSI	: Règlement Sanitaire International
RSS	: Renforcement du Système de Santé
SARA	: Service Availability Readiness Assesement
SAV	: Semaine Africaine de Vaccination
SDMR	: Surveillance des Décès Maternelle et la Riposte
SIMR	: Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SNU	: Système des Nations Unies
SONUC	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SSA	: Sécurité Sanitaire des Aliments
SSME	: Semaine Santé Mère Enfant
SST	: Services de Stabilisation Thérapeutique
SWAA	: Society for Women Aingst in Africa



TB	: Tuberculose
TBMR	: Tuberculose Multi-Résistant
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TET	: Test d'Efficacité Thérapeutique
TIDC	: Traitement à Ivermectine sous directive communautaire
UE	: Union Européenne
UNFPA	: United Nations Population Fund Agency
UNDAF	: United Nations Development Assistance Framework
UNHCR	: United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	: United Nations of International Children's Emergency Fund
USAID	: United States Agency for International Development
USD	: United States dollar
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WCO	: World Country Office
WHE	: World Health Emergency
WVI	: World Vision International



PREFACE

L'année 2017 a clôturé le programme biennal 2016-2017 et la mise en œuvre des activités a été réalisée avec le budget y relatif en se référant à la Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Burundi pour la période de 2016 à 2018. Cette dernière étant alignée aux priorités nationales définies dans le PNDS II étendu jusqu'en 2018.

A l'instar d'autres pays de la Région africaine de l'OMS, le Bureau pays de l'OMS s'est engagé à mettre en œuvre l'Agenda de transformation initié par la Directrice Régionale de l'OMS AFRO afin d'accélérer la mise en œuvre du programme de réforme de l'OMS en vue de satisfaire les attentes de plus en plus croissantes en matière de santé publique. Dans le même sens, le Plan Cadre des Nations Unies d'Aide au Développement (UNDAF) 2016-2018, les Objectifs de Développement Durable (ODD) et la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) à l'horizon 2030 ont servi de référence.

L'année 2017 a été particulièrement marquée par des appuis multiformes à la riposte contre des épidémies de paludisme, de choléra et d'autres urgences de santé publique. En outre, le bureau pays a fait des investissements considérables visant à améliorer la disponibilité et la qualité des services et soins de santé en vue de la CSU. Les résultats atteints témoignent d'un dévouement et de l'appropriation des responsables du Gouvernement ainsi que du partenariat actif et stratégique avec les autres intervenants dans le secteur sanitaire sans oublier la complémentarité d'action des différents niveaux de notre Organisation.

Nous saisissons cette opportunité pour exprimer notre gratitude et nos encouragements à tous ceux qui, de près ou de loin, ont favorisé les actions concrètes et visibles de l'OMS au cours de l'année 2017. Nous espérons que le concours de tous les intervenants permettra au Burundi d'obtenir davantage de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice de sa population.

Nos sincères remerciements sont enfin adressés à nos chers collaborateurs du Bureau de l'OMS au Burundi pour le travail d'équipe qui a permis d'offrir un appui de qualité au Gouvernement du Burundi.

Représentant de l'OMS au Burundi

Dr KAZADI MULOMBO Walter



I. CONTEXTE NATIONAL

1.1. Introduction

Au cours de l'année 2017, la situation sécuritaire au Burundi est restée relativement bonne sur tout le territoire et ceci a permis la mise en œuvre des activités planifiées à travers tout le pays..

Sur le plan managérial et structurel, le bureau pays de l'OMS au Burundi a poursuivi la mise en œuvre de sa feuille de route de la première phase de l'agenda de transformation dans la région africaine de l'OMS. Le bureau a connu une revue fonctionnelle à l'occasion de laquelle une structure adaptée aux besoins du pays a été décrite et discutée par l'équipe de la revue et le personnel. Dans le but de suivre les performances du bureau pays OMS, des Indicateurs clés de performance (KPIs) par catégorie ont été définis et sont renseignés régulièrement en vue d'assurer un monitoring régulier des performances.

Du point de vue opérationnel, le bureau s'est attelé à soutenir la réponse nationale aux urgences de santé publique à travers notamment (i) la gestion de la dernière grande épidémie de paludisme qui a frappé la quasi-totalité du pays,(ii) la gestion des épidémies récurrentes de choléra, (iii) l'organisation et l'offre des services d'urgence de base aux rapatriés venus des pays frontaliers du Burundi, (iv) la surveillance des événements importants de santé et (v) l'évaluation interne de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire.

D'autres appuis intéressent (i) la production des guides et outils pour améliorer la qualité des prestations de services intégrés centrés sur la personne notamment le module de formation sur la SIMR, (ii) les campagnes de traitement de masse des MTN.

1.2. Contexte socio-économique

Les dix dernières années, le Burundi a connu des progrès considérables bien que les agendas OMD soient restés à l'état inachevé. En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2016 contre une cible ODD fixée à moins de 70 décès d'ici 2030. Le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2016 contre une cible ODD fixée à 12 d'ici 2030. Le taux de mortalité infanto-juvénile passant de 96 à 78 décès pour 1000 Naissances Vivantes contre une cible ODD de 25 d'ici 2030.

Dans l'ensemble, les données de l'EDS III montrent que 56 % des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique : 31 % sous sa forme modérée et 25 % sous sa forme sévère. En outre, chez les femmes enceintes, 39 % sont anémiques dont 29 % sous la forme légère, 10 % sous la forme modérée et moins de 1 % sous la forme sévère. Chez les moins de cinq ans, 61 % des enfants de 6 à 59 mois souffrent d'anémie dont 25 % sous la forme légère, 33 % sous la forme modérée et 4 % sous la forme sévère.

Sur le plan économique, l'enquête sur la vulnérabilité des ménages a montré que 61% des ménages burundais vivent en dessous du seuil de pauvreté.



Tableau synoptique des principales statistiques socio-sanitaires et démographiques du pays

N°	Indicateur	Valeur		Source
		2010	2016	
1	Population totale du pays (Projection de l'ISTEEBU)	8 440 146	10,2 millions	Projection de l'ISTEEBU à partir du RGPH 2008
2	Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV	500	334	Tableau 16.5 des Résultats définitifs EDS III 2016-2017
3	Taux de mortalité néonatale pour 1000 NV	31	23	Résultats EDS III 2016-2017
4	Taux de mortalité infantile pour 1000 NV	59	47	Résultats EDS III 2016-2017
5	Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000NV	96	78	Résultats EDS III 2016-2017
6	Indice de capacité opérationnelle des services	ND	61%	Résultats de l'enquête SARA 2016
7	Utilisation des services curatifs (CDS)	1,22	1.8 contact/an/personne	Annuaire statistique 2016
8	Taux de couverture vaccinale (enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins de base à l'âge approprié pour le groupe d'âge)	83%	83,1%	Résultats EDS III 2016-2017
9	Taux de couverture vaccinale BCG (12-23 mois)	96%	98%	Résultats EDS III 2016-2017
10	Taux de prévalence contraceptive (Méthode moderne chez les femmes en union)	18%	22.9%	Tableau 7.2 des Résultats définitifs EDS III 2016-2017
11	Taux de couverture en accouchements assistés (naissances assistées par un personnel qualifié)	60%	85 %	Résultats EDS III 2016-2017
12	Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	29%	29%	Résultats EDS III 2016-2017
13	Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	58%	56%	Résultats EDS III 2016-2017
14	Taux de malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans	6%	5%	Résultats EDS III 2016-2017



15	Taux de couverture en CPN (4 visites et plus)	33,4%	49%	Résultats EDS III 2016-2017
16	Taux de couverture en CPN précoce (<4mois)	20,6%	47.3%	Résultats EDS III 2016-2017
17	Taux d'incidence du paludisme	32,7%	84,9%	Annuaire statistique 2016
18	Indice synthétique de fécondité (ISF)	6,4%	5.5%	Résultats EDS III 2016-2017
19	Taux de fécondité des adolescents (15-19 ans)	11%	8%	Résultats EDS III 2016-2017
20	Taux de prévalence du VIH	1,4%	1,0%	Résultats EDS III 2016-2017
21	Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB	12,19%	10.8% %	Comptes de santé 2012-2013



II. LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

2.1. Lutte contre le VIH/Sida

Au Burundi, le VIH se présente sous forme d'épidémie généralisée. Selon les données de EDSIII, les taux de prévalence est estimé à 1% chez les 15 – 49 ans au sein de la population générale avec féminisation de l'épidémie (1.2% chez la femme, 0.9% chez l'homme). On observe des disparités entre les milieux de vie (3.3% en milieu urbain, 0.7% en milieu rural). Par ailleurs le nombre de PVVIH est estimé à 82.660 dont 57.121 sont déjà sous traitement ARV. (estimspectrum ONUSIDA 2016).

En réponse à cette épidémie, le Bureau a accompagné le pays dans la mise en œuvre effective des nouvelles directives, la production de l'information stratégique, la planification stratégique et la mobilisation des ressources.

Concernant de l'application des Directives de traitement : après l'adoption des nouvelles directives sur l'utilisation des ARVs 2016 sous la coordination du bureau, l'année 2017 a été caractérisée par la mise en place des outils d'opérationnalisation de ces directives et la capacitation des cadres dans tous les districts. Ceci a permis l'application de ces nouvelles directives dans plus de 50 % des districts en fin 2017 et ainsi de relever la couverture en ARV de 71% .en 2016 à 75.1% en fin 2017.

Dans le domaine de la planification et production de l'information stratégique,

le Bureau a appuyé le développement du plan stratégique 2018-2022 à travers différentes étapes allant de la revue à l'élaboration proprement dite du plan stratégique et a contribué à la production de l'information à travers la collecte et la validation des données pour le rapport mondial sur le VIH.

S'agissant de la mobilisation des ressources, l'OMS a maintenu son appui au pays dans la mise en œuvre des subventions 2016-2017 du Fonds mondial à travers le coaching des bénéficiaires principaux et l'élaboration des subventions du Fonds mondial pour la période 2018- 2020. Au total, un montant de 29.000.000 USD a été mobilisé pour la lutte contre le VIH/sida.

Les principaux partenaires dans la lutte contre le VIH/Sida au cours de la période sous revue sont le Fonds Mondial, PEPFAR USAID et les Agences du SNU.

Avec l'appui apporté par l'OMS en collaboration avec les autres partenaires, la réponse au VIH a connu des progrès importants qui se traduisent par l'augmentation de la couverture des interventions de prévention et de prise en charge. En effet, la couverture du traitement ARV chez l'adulte est passée de 71% en 2016 à 75 1% en fin 2017 et celle des enfants de 25% 44.6 % (Rapport PNILS 2017).

En perspective, le Bureau va capitaliser sur ces réussites pour la mise à échelle du « test and treat » et accélérer ainsi l'atteinte des objectifs s 90-90-90.



Par ailleurs, en lumière aux orientations de l'OMS de juillet 2017 en rapport avec l'introduction de nouveaux schémas de traitement pour le VIH, le bureau va coordonner le processus d'introduction de ces nouveaux schémas de traitement comprenant notamment le dolutégravir et l'effaciez 400 mg en 1^{ère} ligne. L'appui portera également sur le renforcement des capacités du programme national de lutte contre le sida et du laboratoire pour une meilleure accessibilité à la CV et le dépistage précoce, la surveillance des résistances aux traitements et la production de l'information stratégique.

2.2. Hépatites

La situation épidémiologique des hépatites est peu connue. Quelques études parcellaires faites au cours des 2 dernières décennies montrent que le taux de prévalence de l'hépatite B serait entre 5 et 10% et celui de l'hépatite C plus importante, proche des 10% et augmente avec l'âge. (Rapport d'analyse rapide de la situation des hépatites au Burundi, 2018).

De plus, il n'existe pas de politique et orientations stratégique nationales, bien qu'un certain nombre d'activités en rapport avec les hépatites soit réalisé au niveau des structures de soins essentiellement du secteur privé.

La réponse nationale à la problématique n'est pas encore organisée et coordonnée. L'encrage institutionnel de la lutte contre les hépatites au niveau du MSPLS n'est pas encore clairement défini. Au niveau global, la 69^{ème} session de

l'Assemblée Mondiale de l'OMS en mai 2016 a adopté la stratégie globale du secteur de la santé pour la lutte contre les hépatites.

Les appuis du Bureau de l'OMS à signaler sont notamment :

- (i) un appui technique et financier à l'évaluation rapide de la problématique des hépatites B et C au Burundi afin de disposer des données de base à l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les hépatites ;
- (ii) un renforcement des capacités nationales pour mettre en œuvre les interventions clés de lutte contre les hépatites, à travers lequel l'OMS a joué les rôles ci-après :
 - plaidoyer auprès des autorités nationales et des acteurs de la société civile à travers des réunions de concertation avec le programme maladie chronique et les associations impliquées dans la lutte contre les hépatites ;
 - sensibilisation/information du public et des professionnels des médias par l'organisation d'un atelier média pour les professionnels des média, animation d'un plateau télévisé autour du thème la problématique des hépatites virales

Les principaux partenaires du Gouvernement dans la lutte contre les hépatites sont l'OMS ; les organisations de la société civile qui sont essentiellement impliquées plus



dans les activités de sensibilisation à l'endroit du public.

Le produit de l'appui de 2017 est la disponibilité d'un rapport d'analyse rapide de situation en matière d'hépatite qui servira de base pour l'élaboration d'une stratégie nationale sur les hépatites.

Concernant les perspectives, les principales priorités consistent à :

- coordonner le développement d'un plan stratégique national de lutte contre les hépatites aligné à la stratégie mondiale du secteur de la santé pour la lutte contre les hépatites 2016-2021 et tenant compte de l'analyse de la situation ;
- poursuivre le plaidoyer/sensibilisation pour la prise de conscience des autorités et du public sur la problématique des hépatites virales au Burundi;
- coordonner le développement des guides techniques de prise en charge des hépatites

2.3. Lutte contre la Tuberculose

La tuberculose reste un problème de santé majeur au Burundi avec une incidence annuelle de près de 118 cas pour 100000 habitants (Rapport mondial sur la tuberculose 2017).

La coinfection TB /VIH reste préoccupante avec une prévalence du VIH chez les patients tuberculeux de 11% de même que la tuberculose multi résistant : 80 cas notifiés (Rapport PNLT 2016). Les interventions du plan stratégique national 2014-2020 de lutte

contre la tuberculose s'inspirent de la stratégie mondiale « mettre fin à la tuberculose d'ici 2030 ».

En matière de prise en charge, en début de l'année 2017, le pays dispose des directives de prise en charge de la tuberculose chez les adultes et les enfants ainsi que les directives pour la gestion de la coinfection tuberculose VIH et la gestion des cas de TB-MR.

Cependant, quelques défis entravent le parcours de la lutte contre la tuberculose, il s'agit d'accroître la détection des cas de TB et TBMR; assurance qualité de la prise en charge des cas TB et TB MR; disponibilité des ressources pour la lutte contre la tuberculose et la disponibilité de l'information stratégique.

Les appuis de OMS concernent essentiellement la production de l'information et la planification stratégique, la mobilisation des ressources et la coordination des interventions particulièrement la coinfection tuberculose VIH.

Dans le domaine de la production de l'information et de la planification stratégique, une évaluation du programme de gestion de la tuberculose multi résistant a été faite au terme d'une mission conjointe AFRO-GLC (Green Light Comite). Des recommandations d'amélioration de la gestion du programme et la détection des cas ont été formulées.

Dans le domaine de la mobilisation des ressources et mise en œuvre des subventions du GFATM, une



assistance technique dans l'élaboration des subventions au Fonds mondial pour la période 2018- 2020 ainsi que l'évaluation à mi-parcours de la subvention 2014-2017 menée conjointement avec AFRO.

Concernant la gestion de la coïnfection Tuberculose VIH, la coordination a été facilitée à travers des réunions et le monitoring conjoint de la mise en œuvre des interventions clés notamment la mise à échelle progressive de la prévention à l'Isoniazide.

Ces réalisations ont été possibles grâce au partenariat avec le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que l'ONG Action Damien.

Des résultats et impacts positifs de ces interventions sont notés : (i) la prévention à l'Isoniazide (INH) est passée de 2 structures associatives à grande file active des PVVIH (SWAA-Burundi et ANSS) à 37 sur 500 sites de prise en charge du VIH et traitement ARV (ii) 121 CDT sur 170 que compte le pays soit 71% font en même temps la prescription des ARV aux patients co-infectés TB/VIH. Notons aussi que 91% des patients TB/VIH sont sous ARV. Aussi, le mécanisme de collecte et transport des échantillons permet d'intégrer facilement le diagnostic de la tuberculose dans les sites de prise en charge du VIH.

Il faut noter également que des progrès importants ont été accomplis dans le suivi des malades sous

traitement. En effet, le taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive est de 93.51% cohorte 2015 (cible OMS : 85%).

En 2018, un focus sera mis sur :

- (i) la mise à jour des directives nationales de prise en charge de la tuberculose ;
- (ii) la validation du plan de gestion de la tuberculose multi résistant ;
- (iii) le renforcement des capacités pour la mise en œuvre des directives effective TB MR ;
- (iv) le suivi de l'étude sur la résistance de la tuberculose aux médicaments.

2.4. Lutte contre le paludisme

La prévalence parasitaire du paludisme est passée de 17% en 2010 (EDS II) à 27% en 2017 (EDS III) chez les enfants de moins de 5 ans. L'année 2017 a commencé avec une épidémie sans précédent dont les principaux déterminants étaient la non utilisation optimale des moyens de prévention, l'insuffisance du système de surveillance épidémiologique pour une alerte et riposte précoce, une extension progressive de la riziculture dans les hauts plateaux, un contexte régional de changement climatique. L'épidémie a frappé avec plus d'acuité les provinces du nord, du centre et de l'Est où une incidence de plus de 1000 pour 1000 était signalée dans certains cas. Cette situation intervient dans un contexte marqué par une insuffisance des capacités nationales de riposte et l'absence de plan de préparation et riposte sans oublier l'absence d'évidences actualisées sur l'efficacité des anti paludiques couramment utilisés dans le pays. En effet, l'OMS recommande la mise à jour des données d'efficacité tous les deux ans or, la dernière étude au niveau national remonte à 2006.

Pour cette dernière année du PSN paludisme 2013-2017, le MSPLS avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires a apporté des appuis multiformes, notamment la mobilisation des ressources requises pour la mise à échelle des interventions à haut impact comme la campagne nationale de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides du 18 au 22 septembre 2017, la prise en charge de cas à travers les structures de soins et

les cliniques mobiles, la campagne de pulvérisation intra domiciliaire (PID), le renforcement de la surveillance épidémiologique et la mise en place d'une plateforme de coordination.



Le staff OMS Burundi sur terrain pour le suivi de la campagne de distribution des MILDA (ci-dessus) et de la campagne PID (ci-dessous)



L'OMS a joué un rôle crucial dans **la réponse à l'épidémie**, notamment à travers :

- une investigation conduite par les experts de l'OMS de différents niveaux en janvier 2017 ainsi que des efforts de plaidoyer du bureau ont été déterminant dans la déclaration de l'épidémie de paludisme en mars 2017 ;
- le développement d'un plan national de riposte et plans opérationnels de réponse pour 26 DS les plus affectés ;



- le renforcement du leadership pour une meilleure coordination de la riposte et la mobilisation de ressources par le MSPLS qui a abouti à la disponibilité des intrants de prise en charge et plus 80 % des fonds nécessaires pour la mise en œuvre des interventions clés du plan de riposte (36 millions USD mobilisés par les différents partenaires sur 41 millions USD nécessaires) ;
- le suivi de la mise en œuvre des interventions, notamment à travers une évaluation des capacités des équipes cadres des districts (ECD) à mettre en œuvre l'intervention, l'évaluation de l'impact de la PID (enquêtes pré et post intervention) ;
- la production continue de l'information stratégique sur l'épidémie de paludisme (production/publication de bulletins de surveillance épidémiologiques et des rapports de situation) et partage régulier avec les partenaires sur la situation.

En plus du rôle de leadership dans la réponse à l'épidémie de paludisme, le Bureau a fourni l'assistance technique (contractualisation avec l'investigateur principal de l'étude et le moniteur clinique), les intrants, et son expertise dans l'analyse des résultats de l'étude pour le monitoring de l'efficacité des antipaludiques sur le site d'étude de Kigobe. Signalons aussi que le bureau coordonne la revue de la performance du programme paludisme dont le lancement du processus a été

officiellement lancé le 22 décembre 2017.

La riposte à l'épidémie de paludisme a connu la contribution de plusieurs partenaires qui ont permis des synergies d'actions dans les domaines de l'approvisionnement en intrants de prise en charge et de prévention (CTA, TDR, insecticides, MILDA), la communication et mobilisation sociale. Il s'agit notamment du GFATM, CRB, agences du SNU (UNICEF, UFPA, OCHA), la coopération bilatérale: (USAID à travers ses agences d'exécution comme CHEMONICS, IHPB, malaria Care), les agences multilatérales (Banque Mondiale) les ONGs (MSF Belgique, WVI, PSI).

La mise en œuvre de la riposte a connu des résultats et Impacts positifs.

En effet, 6 020 814 Moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée d'action (MILDA) ont été distribuées et 97% ménages ont été protégés à travers la campagne nationale de distribution des MILDA. Concernant la PID, 94.2% ménages ont été protégés dans les provinces de Cankuzo, Rutana, Karusi, Muyinga et Ngozi.

Dans les zones cibles de la PID, la transmission a été réduite de plus de 10 fois en post intervention. L'incidence est passée de plus de 1000 pour 1000 habitants à 815 pour 1000. Cette réduction drastique des cas de paludisme atteste la maîtrise de l'épidémie dont la fin a été officiellement déclarée le 08 décembre 2017.



Les résultats de test d'efficacité thérapeutique (TET) sont disponibles pour le site sentinelle de Kigobe et prouve que l'ASAQ, traitement de première ligne pour le traitement du paludisme simple reste efficace avec une Réponse Clinique et Parasitologique Adéquate (RCPA) de 92%.

Dans la perspective, l'expérience positive de riposte à l'épidémie de paludisme sera documentée à travers la revue après action. Un renforcement de la surveillance sera poursuivi et des actions intensives de riposte initiées à temps. La poursuite de test d'efficacité des anti paludiques (TET) dans 3 nouveaux sites permettra d'avoir des données complètes afin d'éclairer la révision des directives nationales de traitement dont la version actuelle date de 2012. Un focus particulier sera mis sur la coordination de la revue de programme paludisme qui est une étape indéniable de l'élaboration d'un nouveau plan stratégique 2018-2023 de lutte contre le paludisme.

Au chapitre des leçons apprises dans la gestion contre l'épidémie de paludisme au Burundi, nous retenons que la planification de la riposte est un long processus qui peut retarder la mise en œuvre des interventions salvatrices d'urgence sur terrain ; aussitôt après le consensus sur les approches d'intervention et des sources d'appui, le démarrage de la riposte doit se faire sans délais et en parallèle au raffinement de la planification, au suivi des actions sur terrain et à la mobilisation continue de ressources

2.5. Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées

La situation des MTN au Burundi indique que le pays est sur la bonne voie d'élimination des MTN à la chimiothérapie préventive de masse cible de l'élimination en 2020 en l'occurrence l'onchocercose, la schistosomiase et le trachome. Cependant, la pérennisation des interventions pour le maintien de gains en termes de couverture reste un sérieux défis. Aussi, les géo-helminthiases transmise par le sol compte parmi les 5 premiers problème des santé publique.

Les dernières évaluations épidémiologiques de l'onchocercose en 2012 – 2014 montrent une prévalence presque nulle. La prévalence des géo-helminthiases a sensiblement diminué et est passé de 36% en 2007, à 32% en 2009 et 25% en 2014, mais reste au-dessus du seuil d'intervention supérieure ou égale à 20%. La schistosomiase est focalisée dans 15 DS endémiques. L'enquête de 2014-2016 montre que la prévalence de la schistosomiase a sensiblement diminué, puisqu'elle est passée de 22,1% dans les zones endémiques en 2005 à 3,9% en 2014.

Les données sur la situation de la lèpre montrent que le seuil d'élimination a été atteinte et la prévalence est en dessous de 1 cas pour 10.000 habitants sur l'ensemble du pays. Six provinces enregistrent plus de cas : Cibitoke, Rutana, Bururi, Makamba, Buzanza et Gitega.



Au niveau national, le MSPLS en collaboration avec les partenaires dont l'OMS a adopté un nouveau plan directeur 2016-2020 de lutte contre les MTN et poursuivi la mise en œuvre des stratégies clé de lutte qui sont le traitement à ivermective sous directive communautaire et le déparasitage au Praziquantel au cours de la semaine santé mère enfant.

L'OMS a joué le rôle de premier plan dans la campagne de traitement à ivermectine sous directive communautaire :

- Coordination de la campagne TIDC, y compris l'élaboration de micro plan, les missions de supervision/suivi de proximité des activités en cascade dans les 6 provinces englobant les 3 projets TIDC
- Mobilisation de 73 451 USD pour améliorer et maintenir la performance dans la distribution de masse du mectizan et albendazole.
- Renforcement de capacités des acteurs à travers des sessions de formation/recyclage de 295 agents de santé et 3 533 relais communautaires
- Enquête rapide de couverture dans le DS de Rutana, Gihofi et Makamba
- Au moins 500 enseignants formés sur la lutte contre la schistosomiase et 15 000 livrets OMS sur la bilharziose « Bambo a la Bilharziose » ont été distribués en vue de l'intégration de la lutte contre la bilharziose dans l'enseignement des écoliers.

Les partenaires du domaine de la lutte contre les MTN sont une poignée. L'OMS/ESPEN reste la principale source d'appui en général et le financement des campagnes de traitement de masse en particulier. Christopher Blind Mission (CBM) est le partenaire traditionnel et soutient les primes du personnel. Un contrat de partenariat pour la lutte contre la schistosomiase a été signé au courant de l'année dans le cadre d'un projet Chine-Afrique ; deux cadres ont été formés en malacologie au Burkina Faso dans ce cadre. La planification des appuis pour la cartographie de l'onchocercose dans les zones connue hypo endémique et la cartographie de la podoconiose était en cours en décembre 2017.

Grace à la mise en œuvre de ces programmes, les acteurs communautaires utilisent les compétences acquises pour dispenser l'ivermectine dans la communauté ; l'enquête rapide de couverture indique qu'une couverture thérapeutique de 92% de la population éligible a reçu le mectizan. Au niveau de 1587 écoles fondamentales cibles du programme, les enseignants se servent de livrets OMS pour dispenser la matière sur la lutte contre la schistosomiase

Dans un futur proche, une enquête sera faite en vue de d'une nouvelle délimitation des zones de traitement de l'onchocercose dans la perspective de l'élimination. Le soutien à la mise en œuvre de campagne TIDC restera la pierre angulaire pour maintenir les acquis et progrès vers l'élimination. La guidance politique sera fournie en vue



d'adapter la stratégie de lutte contre la schistosomiase.

A travers la mise en œuvre de la campagne de traitement de masse, il ressort que les synergies des différents programmes communautaires sont nécessaires pour garantir le maintien de certains acquis de la performance.

III. LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

3.1. Maladies non transmissibles

Au Burundi, la population fait face à de nombreux problèmes de santé liés aux maladies non transmissibles qui affectent leur état de santé et qui sont de véritables problèmes de santé publique même si elles n'ont pas encore bénéficié assez de l'attention qu'ils méritaient. Elles regroupent les pathologies comme le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), les cancers, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO).

Elles restent peu documentées et aucune étude d'ampleur nationale n'a été réalisée pour générer des données factuelles. Selon une étude faite au CHUK en 2013, le diabète et l'HTA sont associés dans 30% des cas et causent des complications dégénératives dans 73,17% des cas. Selon les estimations standardisées de l'OMS, la prévalence du diabète est de 4,2% alors que celle de l'HTA est de 29,2% (Baseline CSU OMS 2015).

La prise en charge de maladies chroniques non transmissibles (MCNT) reste un problème majeur du fait que les médicaments sont financièrement

peu accessibles au niveau local. Pour ce qui est du diabète, il existe des centres spécialisés de prise en charge du diabète et des associations de lutte contre cette maladie. Quant au cancer, il est considéré comme une fatalité à cause de son évolution très lente, de l'absence de moyens de diagnostic et de traitement.

Pour y faire face l'objectif de réduction des facteurs de risque et d'instauration d'un mode de vie sain nécessite une approche multisectorielle et intersectorielle, du fait que les mesures de prévention primaire ne relèvent pas du seul ministère en charge de la santé.

Grace à l'appui technique et logistique de l'OMS, un forum de sensibilisation des partenaires a été organisé en décembre 2017 en vue d'une mobilisation des ressources pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national multisectoriel de prévention et de lutte contre les Maladies non Transmissibles.

Ce forum est un point de démarrage d'un processus de plaidoyer pour la prise de conscience de l'ampleur des MCNT, l'implication de toutes les parties prenantes dans la lutte et la mobilisation conséquente de ressources conformément à la recommandation de la réunion de haut niveau de 2011 des NU spécifiant le rôle de chaque Agence des nations unies dans la lutte contre ces maladies.

Dans un proche avenir, un plan multisectoriel sera élaboré et les différentes parties prenantes seront

mises à contribution pour la lutte efficace contre ces maladies.

Des efforts importants restent à fournir pour amener tous les partenaires à la prise de conscience de la priorisation des MNTs.

3.2. Nutrition

Dans le domaine de la malnutrition aiguë, les résultats de l'EDS 2016-2017 montrent un taux moyen d'émaciation de 5% avec une prévalence de la malnutrition aiguë sévère (MAS) de 0,9% avec prédominance dans certaines provinces comme 2,2% à Kirundo, 1,3% à Karuzi, 1% à Makamba et 1,2% à Bujumbura Rural et 1,7% à Kayanza.

Sur base des nouvelles directives et modules de l'OMS sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, le ministère appuyé par l'OMS a organisé, en novembre 2017, une formation des prestataires de soins de dix hôpitaux de district avec des taux élevés de MAS admis en services de stabilisation thérapeutique (SST) pour prise en charge. Cette formation a permis de déceler des insuffisances dans le protocole national en vigueur au Burundi. L'appréciation globale du protocole de 2014 montre que des mises à jour n'ont pas été réalisées après la sortie de nouvelles directives en 2015.

Dans le cadre de la fixation des normes et des critères de prise en charge et du suivi de leur application, le bureau pays de l'OMS avec l'appui du bureau régional et d'un expert du bureau de l'OMS au Sénégal, a amorcé une démarche vers

l'actualisation du protocole national en vigueur. Cette révision portera aussi sur les guides thérapeutiques comme supports pour garantir la qualité des soins offerts aux enfants en situation de malnutrition aiguë sévère (MAS). Au total, 30 professionnels de santé (médecins et infirmiers gestionnaires des services de stabilisation thérapeutique (SST) et des superviseurs du niveau central dont 17 femmes et 13 hommes ont bénéficié de cette formation.



Vue des participants au cours d'une session de formation sur la malnutrition aiguë sévère à Ngozi.

Dans ce processus d'amélioration de la qualité de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, les partenaires clés sont le MSPLS, l'UNICEF et l'OMS. Les agents de santé communautaires sont aussi des acteurs clés impliqués dans la promotion des pratiques familiales clés en matière de nutrition, le dépistage et le suivi des enfants malnutris sévères.

En termes d'impact, l'application d'un protocole révisé de prise en charge de la MAS et les guides thérapeutiques/fiches techniques y relatives permettra d'améliorer la qualité des soins offerts



à ces enfants et cela permettra de réduire le taux de létalité des MAS surtout dans les 24 premières heures suivant l'admission en hospitalisation ainsi que la durée moyenne d'hospitalisation des enfants souffrant de MAS.

Comme leçon apprise, un partenariat doit être renforcé dans le suivi de la qualité des soins offerts et l'actualisation des outils de prise en charge des enfants malades en général et ceux en situation de malnutrition sévère en particulier.

Dans les perspectives, OMS entend poursuivre les appuis techniques à toutes les étapes d'actualisation du protocole et des guides et de suivre leur application dans le but d'améliorer la qualité des soins offerts à ces enfants en situation de malnutrition. En outre, l'OMS s'activera à mobiliser les ressources nécessaires pour soutenir cette approche d'amélioration de la qualité des soins offerts particulièrement aux enfants issus des familles défavorisées ou en situation de privation.

IV. SANTE FAMILIALE ET REPRODUCTIVE

4.1. Santé reproductive, néonatale, infanto juvénile et de l'adolescent

Selon les données de l'EDS 2016-2017, la mortalité maternelle est passée de 500 à 334 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes entre l'an 2010 et 2016 contre une cible ODD fixée à moins de 70 décès maternels pour 100.000 naissances

vivantes d'ici 2030. Quant à la santé des enfants, la mortalité infanto-juvénile est passée de 96 à 78 décès pour 1.000 naissances vivantes entre les années 2010 et 2016 contre une cible ODD fixée à 25 décès pour 1.000 naissances vivantes. A cette problématique de mortalité infanto-juvénile, la mortalité néonatale pèse lourd avec un taux de 23 décès pour 1.000 naissances vivantes en 2016. La santé des adolescents reste préoccupante avec des indicateurs qui sont au rouge comme le taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans qui est de 8%, l'usage excessif d'alcool et la consommation du tabac et d'autres substances psychoaffectives.

En termes de réponse en 2017, l'appui du bureau de l'OMS a porté sur (1) le renforcement de la surveillance, (2) le renforcement des capacités techniques des structures de soins dans la prise en charge des urgences obstétricales par le coaching sous forme de mentorat clinique et les supervisions formatives, (3) les évaluations de la qualité des soins et (4) les mises à jour des protocoles de traitement conformément aux directives récentes de l'OMS.

a. Réduction de la mortalité maternelle en milieux hospitaliers

Les données du Système d'Information Sanitaire (SIS) de routine et de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) ont montré une mortalité maternelle intra hospitalière croissante avec un effectif passé de 459 décès maternels sur 368 092 naissances vivantes en 2015 soit un



ratio de 124,7 pour 100 000 naissances vivantes à 622 décès maternels sur 366 866 naissances vivantes en 2016 soit un ratio de 169,5 pour 100 000 naissances vivantes. Les effectifs des décès maternels enregistrés par la SIMR dans les établissements de santé ont presque doublé entre les années 2014 et 2015 avec un ratio passé de 80 à 124,7 pour 100 000 Naissances vivantes. D'après les données du SIS collectées en 2015, ce ratio est très élevé principalement dans trois provinces à savoir Muramvya (254/100.000NV), Kirundo (243/100.000NV) et Muyinga (175/100.000NV).

Grace à la mobilisation des fonds catalytiques pour la riposte, OMS a soutenu un programme de renforcement des capacités par un mentorat clinique sur les soins obstétricaux d'urgence complet dans sept hôpitaux de district particulièrement touchés par cette problématique. Le programme mis en œuvre au premier trimestre de l'année 2017 a permis de former 10 médecins des sept hôpitaux de district dont 8 hommes et 2 femmes, 17 Infirmiers dont 6 hommes et 11 femmes et 12 anesthésistes dont 8 hommes et 4 femmes pendant deux mois.

L'équipe des mentors était composée de cinq gynécologues, trois anesthésistes et trois sages-femmes. Plus spécifiquement, la contribution de l'OMS a porté essentiellement sur :

- l' analyses des données de la SIMR et envoi d'un signal d'alerte sur la problématique de mortalité maternelle intra

hospitalière qui suit une allure exponentielle ;

- le montage d'un programme de mentorat clinique en soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet (SONUC) dans les hôpitaux de districts plus frappés ;
- le soutien à la mise en œuvre du programme mentorat clinique en SONUC avec des fonds catalytiques et suivi dans le déroulement du programme.

Dans le cadre du partenariat H6, UNFPA a contribué au programme et cela a permis d'étendre le coaching dans 16 centres de santé des trois provinces d'intervention par 16 Sages-femmes et un total de 58 infirmiers ont bénéficié de ce renforcement des capacités.

Depuis que ce programme a été exécuté dans les provinces appuyées, toutes les complications obstétricales sont dorénavant prises en charge dans les sept hôpitaux bénéficiaires avec une notification et des revues systématiques des décès maternels suivant les directives nationales. La comparaison des données générées par l'outil SIMR à la période allant de la semaine 13 à la semaine 36 pour les années 2015 et 2017 qui correspondent à la période pré et post intervention montre une tendance à la baisse drastique des effectifs des décès maternels notifiés hebdomadairement. En effet, les effectifs des décès maternels entre ces deux périodes passent de 31 cas en 2015 à 14 cas en 2017. En matière de revue des décès, tous les décès maternels survenant dans les sept hôpitaux de district sont

systematiquement audités et des plans d'amélioration sont établis.



Suivi du mentorat dans la province de Kirundo

Comparée à l'approche traditionnelle de formation, le mentorat clinique a fait preuve d'un double avantage de former à la fois toute l'équipe de prise en charge dans un établissement de santé et de prendre en charge correctement toutes les complications obstétricales et néonatales, des vies des mères et des nouveau-nés ont été sauvées. Les entretiens réalisés avec les jeunes mamans et les accompagnants lors des évaluations de la qualité des soins dans les sept hôpitaux réalisées en août 2017 témoignent d'une bonne satisfaction des bénéficiaires en rapport avec la qualité des soins reçus dans ces établissements.

Sur base des résultats rapides de l'approche, une mise à échelle progressive est en cours avec les autres partenaires comme UNFPA, UNICEF, JICA et Banque Mondiale. L'OMS gardera un œil sur la surveillance surtout la qualité des revues des décès, la mise en œuvre des plans d'amélioration élaborés et le

suivi dans l'exécution du programme mentorat par d'autres partenaires.

En conclusion, l'approche de formation sous forme de mentorat est plus bénéfique que l'approche traditionnelle car elle permet de former toute l'équipe et de sauver des vies par une meilleure prise en charge des urgences pendant la période de formation.

b. Surveillance des décès maternels et la riposte

Malgré les efforts réalisés dans l'amélioration de la santé maternelle au Burundi par la suppression des barrières financières aux soins maternels et infanto-juvéniles, la qualité des soins reste faible avec une mortalité maternelle intra hospitalière élevée.

Des directives nationales pour harmoniser la surveillance et la riposte ont été élaborées de même que les outils pour conduire des séances de revue des cas de décès en milieu hospitaliers. En outre, différents organes de suivi ont été mis en place des informations sur les décès survenant à l'hôpital remontent jusqu'au niveau central. Néanmoins, des gaps importants persistent en termes d'analyse des informations, de rétro-informations aux hôpitaux et de coaching de ces derniers.

En vue d'accroître les capacités de régulation de la SDMR au Burundi, un plaidoyer a été mené pour mettre en place un comité national SDMR chargée d'analyser les informations générées par la notification complète hebdomadaire des cas de décès



maternels et périnataux. Le cahier de charge du comité ainsi que les outils de surveillance des décès maternels ont été disséminés à l'endroit des membres du comité national à l'occasion d'un atelier facilité par OMS.

Le principal partenaire dans la surveillance des décès maternels est le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA par le biais de son Programme en charge de la Santé de la Reproduction (PNSR) qui joue un rôle de coordination. D'autres partenaires intervenant dans ce domaine est UNFPA, JICA, UNICEF et les sociétés savantes. Les domaines de collaboration entre partenaires dans le cadre de cette surveillance sont en lien avec le renforcement des capacités des prestataires sur la SDMR, les supervisions et l'évaluation de la mise en œuvre de la pratique.

La surveillance des décès maternels a conduit à un changement de comportement des prestataires de soins dans les établissements hospitaliers qui, devant tout cas de décès maternel, s'arrêtent pour interroger leurs pratiques par rapport aux références dans l'offre des soins prodigués à la femme décédée. Ceci leur permet de relever des dysfonctionnements éventuels dans la prise en charge des cas et conduit à la définition des actions correctrices afin d'éviter la survenue des cas similaires.

Dans les perspectives d'avenir, le coaching sera orienté vers l'extension de la surveillance des décès maternels au niveau communautaire par l'autopsie verbale et la surveillance des décès périnataux. Ceci serait facilité par

l'établissement d'une interopérabilité du système d'information sanitaire et celui d'enregistrement des faits d'état civil et la mise à contribution de la téléphonie mobile pour collecter les données du niveau communautaire.

c. Amélioration de la qualité des soins maternels, néonataux et infantiles

Malgré les progrès enregistrés par le Burundi en matière de réduction de la mortalité maternelle, les décès maternels en milieux hospitaliers constituent une préoccupation majeure dans le pays.

Dans un contexte de gratuité, la qualité des soins prodigués aux mères dans les formations sanitaires est beaucoup plus incriminée dans cette problématique. C'est dans ce cadre que l'OMS a apporté un appui à travers l'évaluation de la qualité de soins maternels et pédiatriques dans sept hôpitaux de district avec des taux élevés de mortalité maternelle intra hospitalière.

En termes de réponse, l'OMS en partenariat avec UNFPA a appuyé un programme de renforcement des capacités techniques des sept hôpitaux par un mentorat clinique et SONUC. La formation a été suivie de l'exercice d'évaluation de la qualité de soins maternels et pédiatriques offerts dans ces hôpitaux. L'évaluation a été conduite avec l'appui de l'IST AC et des consultants. L'outil de l'évaluation a permis d'évaluer les intrants mis en œuvre, les processus adoptés et les résultats obtenus et a permis d'apprécier la satisfaction des

bénéficiaires des services de maternité, de néonatalogie et de pédiatrie des hôpitaux évalués.



Vue de l'équipe de l'évaluation de la qualité des soins dans une structure de santé

Dans cet exercice, l'OMS a apporté son appui technique à différentes étapes du processus notamment, d'une part, l'adaptation de l'outil d'évaluation, le testing de ce dernier, la méthodologie, l'expertise technique et l'appui financier d'autre part avec les fonds catalytiques reçus. L'évaluation a permis de déceler des insuffisances et dysfonctionnements divers dont les principaux sont : (1) l'absence d'eau dans les hôpitaux surtout à Mukenke, Muyinga et Giteranyi ; (2) l'insuffisance des ressources humaines compétentes pour les soins surtout néonataux et pédiatriques dans les sept hôpitaux et ces derniers ne disposent pas de formation continue du personnel, (3) l'exiguïté des locaux et l'insuffisance des équipements avec manque de service de néonatalogie dans la plupart des hôpitaux évalués ; (4) des protocoles non actualisés pour les soins surtout néonataux et pédiatriques et la (5) faible intégration des services. En conséquence ceci entraîne beaucoup d'occasions

manquées pour les soins à la mère et à l'enfant.

Le principal partenaire dans cet exercice d'évaluation de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques est le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida à travers son Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), la Direction de l'offre et de la demande des soins. Au niveau déconcentré et décentralisé, les bureaux provinciaux de la santé, les Bureaux de district sanitaire et les hôpitaux ont joué un rôle clé dans cet exercice d'évaluation de la qualité.

L'évaluation a permis d'identifier les opportunités qui existent, les faiblesses liées à l'offre des soins de qualité prodigués aux mères et aux enfants qui utilisent les services hospitaliers. Sur base des constats de l'évaluation, des plans d'amélioration de la qualité des soins ont été développés par les hôpitaux.

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre des plans élaborés, l'OMS accompagnera le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida dans le coaching de ces hôpitaux et la production de l'information stratégique pour, d'une part, suivre l'évolution des performances en termes d'amélioration de la qualité des soins et, d'autre part, assurer une alerte précoce en cas de problème lié aux soins offerts.

L'outil de l'OMS d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels et pédiatriques permet aux prestataires de soins de faire une autoévaluation des services et de



planifier des améliorations dans le court terme.

d. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Au Burundi, les dernières actualisations du manuel national de prise en charge des IST dataient de 2003 et certaines des molécules utilisées ne sont plus recommandées en première ou deuxième intention, les doses prescrites et/ou les durées de traitement non correctes pour soigner adéquatement la maladie.

En vue d'améliorer la qualité des soins offerts dans la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, le ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida a sollicité un appui pour actualiser son protocole de traitement. A partir du protocole mis à jour par la révision du manuel de formation des prestataires de soins, des fiches techniques sont mises à la disposition des structures de soins pour guider la démarche diagnostique et thérapeutique du prestataire.

En vue d'assurer la fixation des normes, des critères de prise en charge à jour et de suivi de leur application, le bureau a appuyé le ministère dans l'actualisation de son manuel de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) conformément aux directives de l'OMS 2016. Le traitement des infections graves comme la syphilis chez la femme enceinte a été adapté conformément aux directives de l'OMS 2016. Le protocole révisé avec ses fiches techniques sont disponibles aux

points d'offre des soins pour guider le prestataire.

Dans le cadre de son partenariat renforcé pour l'action, l'actualisation dudit manuel a été réalisée en partenariat avec l'UNICEF, FHI360, IHPB et le fonds mondial à travers la subvention en cours. Les appuis du Fonds mondial ont porté sur la multiplication des documents et outils révisés et la formation des prestataires de soins sur le nouveau manuel.

En termes de résultats, les patients sont actuellement traités à l'aide d'un protocole conforme aux nouvelles directives de prise en charge des IST. Exceptionnellement chez la femme enceinte, la syphilis est traitée par une bithérapie des molécules indiquées en première intention et la tendance des morts nés macérés associés à la syphilis congénitale sera inversée.

Dans les perspectives d'avenir, le suivi de l'application correcte de ce protocole sera une priorité d'appui de l'OMS ainsi que le renforcement des capacités des prestataires de soins par des supervisions formatives et le coaching sous forme de mentorat clinique. Le renforcement portera également sur la surveillance, la gestion de l'information sanitaire et l'actualisation de la liste des médicaments essentiels incluant les molécules recommandées pour traiter les IST.

Les mises à jour du protocole de prise en charge des IST permettent d'améliorer la qualité de vie des patients et conduit à la minimisation de



l'effet congénital de certaines infections comme la syphilis.

4.2. Santé de la personne âgée

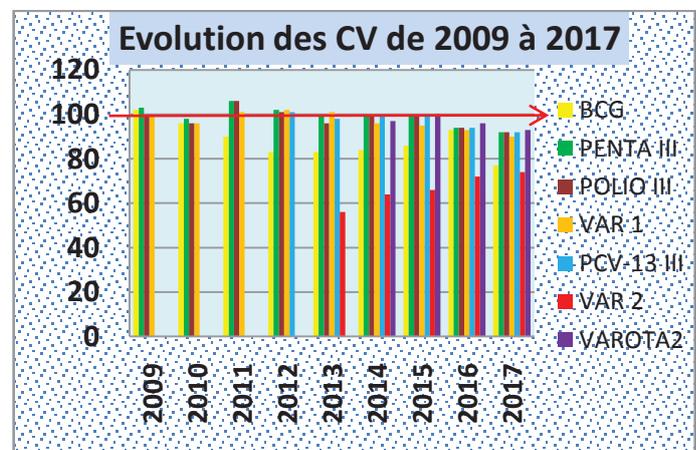
Quoique la Politique Nationale de Santé au Burundi donne des orientations pour garantir l'accès à tout le monde sans laisser personne derrière dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, la priorité semble être moins portée à la santé de la personne du troisième âge. Même si des efforts restent concentrés sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'OMS mène un plaidoyer pour une promotion de la santé à tous les stades de la vie jusqu'au troisième âge et prône des modes de vie sains et un accès aux services en vue d'un vieillissement en bonne santé.

4.3. Genre et équité

Les dimensions genre et équité sont prises en compte dans les documents de politique et de stratégies du pays. Le bureau a participé à des analyses critiques afin de tenir compte effectivement du genre, de l'équité et des droits humains dans les demandes de financement au Fonds mondial pour la lutte contre les trois maladies et le renforcement du système de santé. L'OMS participe dans le comité inter-agences des Nations Unies sur le genre qui vise l'intégration effective de la dimension genre dans le développement d'un nouveau document d'UNDAF.

4.4. Maladies évitables par la vaccination

Depuis plus de cinq ans, les couvertures vaccinales ont bien évolués (DTC-Hib-Hep3 sup à 95% de 2009 à 2016) et les estimations officielles de l'OMS et UNICEF l'ont bien validé. Alors qu'en fin 2016, la couverture vaccinale nationale était à 94%, celle-ci n'a pas bien évoluée dans certains districts sanitaires en fin 2017 (20/46 n'ont pas atteint 80%) tandis que la CV nationale en DTC-Hib-Hep3 est à 91,6%. ces districts sanitaires concernés sont: Bujumbura mairie district centre, Kabezi, Rwibaga, Bururi, Matana, Kibuye, Mutaho, Ryansoro, Kayanza, Musema, Gahombo, Makamba, Muramvya, Kiganda, Kibumbu, Fota, Rutana, Butezi, Kirundo, Busoni, Ngozi et Buye.



En collaboration avec les autres partenaires de la vaccination, l'OMS a apporté un appui technique pour la mise en œuvre des activités d'envergure nationale permettant de renforcer l'immunité des enfants. Il s'agit de :

- la 7^{ème} Semaine Africaine de Vaccination(SAV) marquée par la



campagne de vaccination de rattrapage au vaccin combiné anti rougeoleux - anti rubéoleux. Cette campagne nationale a concerné tous les enfants âgés de 9 mois à 14 ans et s'est déroulée en mai 2017. Globalement, la couverture vaccinale au RR est satisfaisante (99,7%) avec des disparités entre les districts sanitaires (13 sur 46 DS n'ont pas atteint la CV de 95%) ;

- la semaine dédiée à la santé de la mère et de l'enfant qui s'est déroulée en juin 2017 avec comme interventions du paquet (1) l'administration de la deuxième dose du vaccin contre le Human Papillomavirus (HPV) pour la prévention du cancer du col de l'utérus;(2) l'introduction du vaccin contre RR en routine ; (3) le Switch PCV13 mono à Switch PCV13 à 4 doses dans la vaccination de routine ;
- la semaine santé mère enfant (SSME décembre 2017) incluant dans le paquet la récupération des abandons au vaccin RR2;
- Elaboration du protocole et finalisation du budget de l'enquête de couverture vaccinale post vaccination au HPV après la 1^{ère} année du projet de démonstration dans les districts de Ngozi et Rumonge.

Grace à la campagne de vaccination de masse et l'introduction du vaccin contre la rougeole et la rubéole en mai 2017, seuls 6 cas de rubéole ont été confirmés par le laboratoire d'analyse des cas suspects de rougeole en fin 2017 contre 61 cas en 2015.

En décembre 2017, les résultats de l'administration du vaccin contre le HPV étaient satisfaisants avec une couverture moyenne de 82.8% chez les filles non scolarisées 95.5% en milieu scolaire.

Une 2^{ème} dose du vaccin contre le HPV a été administrée après 6 mois à la même cohorte de filles en juin 2017 marquant ainsi la fin de la 1^{ère} année.

Les résultats atteints par les PEV en 2017 proviennent de la contribution des partenaires de la vaccination comme UNICEF, GAVI et d'autres qui contribuent dans les districts sanitaires comme Word vision, IHPB, CRB.

Dans la perspective, il est prévu une administration de la 2^{ème} dose du vaccin contre le cancer du col en juin 2018 pendant la SSME et ceci marquera la clôture du projet de démonstration pour le Burundi. Grace à l'atteinte des couvertures vaccinales exigées par GAVI pendant le projet de démonstration (60%), une autre soumission à GAVI sera également élaborée pour demander l'extension de l'introduction du vaccin contre le cancer du col dans tout le pays.

L'OMS en collaboration avec les autres partenaires de la vaccination comme UNICEF, GAVI appuieront le renforcement des capacités du personnel des districts sanitaires sur la mise en œuvre de la stratégie atteindre chaque district (ACD/ACE) qui permettra de récupérer les enfants non vaccinés dans les districts sanitaires à faible performance. Des supervisions formatives régulières dans tous les districts sanitaires seront organisées



pour suivre l'évolution des performances.

4.5. Santé Environnement

Dans le cadre de la mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement, le Burundi a déjà fait l'analyse de situation et estimation des besoins en santé et environnement mais en début 2017, le pays ne s'était pas encore doté d'un plan d'action conjoint santé environnement. Ce plan est indispensable pour définir les actions stratégiques visant à réduire l'impact des facteurs environnementaux sur la santé mais aussi l'impact des actions de santé sur l'environnement. Conscient de cette problématique, le Bureau a appuyé le pays dans la finalisation du plan conjoint santé Environnement.

V. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

Durant les 10 dernières années, le système de santé du Burundi est marqué par une amélioration de la couverture de la population du risque maladie, de la couverture en médecins généralistes et infirmiers au niveau District, de la production de l'information sanitaire avec l'outil DHIS2, de développement de l'approche communautaire et de la planification stratégique. Malgré ces améliorations des lacunes persistent surtout en termes de coordination des interventions aux différents niveaux du système de santé, de la disponibilité et de qualité des services de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec le pays, en appui à l'exécution du

Plan National de Développement Sanitaire étendu 2016-2018 pour tendre vers la CSU /ODDs, l'OMS a contribué au renforcement du système de santé en se focalisant sur cinq composantes suivantes : (i) prestations de services, (ii) gouvernance et leadership de la santé, (iii) financement de la santé, (iv) Information sanitaire et recherche/documentation, (v) Médicaments et autres produits de santé.

5.1. Prestations de services centrés sur la personne

Le Burundi a mis à échelle la mise en place des Districts Sanitaires en 2010 pour approcher les prestations de services de santé de qualité aux bénéficiaires. Les équipes cadres de districts mises en place, ne disposent pas d'outils essentiels comme les guides et protocoles nécessaires pour un soutien efficace aux formations sanitaires et au niveau communautaire. En outre, la qualité des services reste précaire.

Depuis 2014, le MSPLS en collaboration avec ses partenaires a fait des efforts remarquables pour renforcer les capacités de gestion des DS.

L'OMS, en collaboration avec les autres partenaires a contribué à la production des résultats suivants :

- l'élaboration d'un guide opérationnel de gestion des districts sanitaires. La validation de ce guide était une occasion appropriée de présenter le Cadre d'Action régional de l'OMS pour le renforcement du Système de Santé en vue de la



CSU et pour l'atteinte des ODD, avec un accent particulier sur l'articulation entre les interventions des Programmes Nationaux et les Plans des Districts Sanitaires.

la production d'un draft de référentiel qualité des soins des formations sanitaires au niveau district sanitaire et communautaire en décembre 2017.

- la cartographie du personnel de santé dans le secteur privé. Cette base de données complète celle du secteur public produite en 2016. Cette base des données va permettre d'une part de faciliter la gestion stratégique des ressources humaines dans le pays et d'autre part d'alimenter l'élaboration du plan stratégique de développement des RHS.

En perspective, l'OMS va poursuivre le renforcement des capacités à tous les niveaux en mettant un accent particulier au niveau district sanitaire pour plus d'intégration et de qualité des soins. A partir de 2018, un appui intégré et conjoint sera fourni pour l'opérationnalisation de sept districts dans trois provinces sanitaires (Kirundo, Muramvya et Rumonge).

5.2. Gouvernance et leadership de la santé

Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et le PNDS ont expiré en 2015. Compte tenu du contexte du pays en 2015, ces documents stratégiques nationaux et sectoriels de deuxième génération ont été étendus jusque fin 2018. Il en est

de même pour la CCS et l'UNDAF. En outre, à partir de 2016, le pays a entamé le processus de contextualisation et de priorisation des ODD.

Par ailleurs, le mécanisme sectoriel de coordination des partenaires a connu un certain dysfonctionnement ne permettant pas un dialogue efficace entre les acteurs du secteur.

En 2017, un dialogue entre les différentes parties prenantes a eu lieu autour du suivi de la mise en œuvre du PNDS et de la CCS étendus et des activités de démarrage du processus du prochain PNDS 2019-2023, la priorisation et l'adoption des ODDs contextualisés et l'évaluation du fonctionnement du cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD). C'est dans ce cadre que l'OMS a soutenu et facilité :

- la revue de la mise en œuvre du PNDS 2011-2018 et de la CCS: le bureau pays a soutenu les préparatifs et l'organisation d'une retraite regroupant les hauts cadres du MSPLS, des cadres des autres secteurs gouvernementaux, des partenaires, de la société civile et du staff technique de l'OMS pour une évaluation conjointe du PNDS II étendu et de la revue à mi-parcours de la CCS 2016-18. Cet exercice a permis d'analyser l'alignement et la cohérence de la CCS avec le PNDS étendu et de faire de recommandation pour une meilleure harmonisation de la mise en œuvre de ces deux documents

et leur alignement sur la CSU/ODDs.



Vue des participants à la réunion de revue de la mise en œuvre du PNDS

L'évaluation du fonctionnement du cadre de coordination des partenaires santé et développement: Cette évaluation a été organisée sous le leadership du MSPLS pour relancer le dialogue sectoriel. L'OMS a joué le rôle de facilitateur. Gavi s'est jointe au processus de cette évaluation pour renforcer la coordination des activités liées à la vaccination dans le cadre d'un CPSD redynamisé.

En 2018, la priorité va porter sur l'appui à la validation du rapport final et à l'appui à la mise en œuvre de la feuille de route pour la restructuration du CPSD ; l'évaluation et l'élaboration du PNDS 2019-2023 et CCS de troisième génération.

5.3 Financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle

Le système de santé du pays reste sous financé alors que les besoins sont croissants avec l'environnement épidémiologique, démographique et les urgences sanitaires

Le pays fait des efforts de mobilisation des fonds à travers les initiatives mondiales telles que le fonds mondial et GAVI alliances et la mobilisation des ressources qui a permis de faire face à l'épidémie du paludisme.

Le plaidoyer et l'appui pour la mobilisation du financement pour investissement dans les interventions prioritaires à haut impact sont une des priorités de l'OMS. En synergie avec les autres partenaires, l'OMS a soutenu et facilité la coordination pour la mobilisation des ressources pour le renforcement du système de santé afin d'améliorer la couverture et l'équité en matière de vaccination. Les produits obtenus sont :

- L'élaboration d'un Plan consolidé de mise en œuvre de la proposition GAVI-RSS3: 32.000.000 USD sur une période de trois ans 2018-2020.
- L'évaluation conjointe 2017 avec l'appui du secrétariat GAVI (siège) et d'AFRO/IST.



Cérémonies de lancement de la revue annuelle conjointe 2017 avec le Directeur Général de Services de santé entouré par le Représentant de l'OMS et par Dr Véronique Maeva Fages de GAVI Alliance

- Un plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur du secteur de la santé a été fait lors d'un atelier sur la Gouvernance et la consolidation de la paix organisé du 21 au 23 Mars 2017 à

Bujumbura. A travers sa présentation au nom des Agences du Système des Nations Unies sur la thématique santé facteur de développement, l'OMS a mis l'accent sur la nécessité de mobiliser davantage les ressources pour soutenir le secteur afin d'aller vers la couverture sanitaire universelle.

- L'OMS a joué un rôle clef dans le plaidoyer pour la mobilisation des ressources afin de soutenir les activités des programmes. Les efforts de l'OMS ont permis de mobiliser 7, 762,857 USD auprès d'IST, du Bureau Régional et des partenaires. Sur un coût total planifié d'USD 8, 547,988 le centre budgétaire avait reçu un financement de 7USD, 631,574 USD représentant 95% de besoins réel. Les coûts pour le staff étaient de l'ordre de 2,297,877 USD contre 5, 049,205 USD pour les activités ce qui représente respectivement 31.3% et 68.7% de l'allocation du centre budgétaire (7, 347, 082 USD)

5.4. Production des évidences et information stratégique.

Au Burundi, le système d'information sanitaire n'intègre pas toutes les informations relatives à la santé.

En outre avant 2017, le pays ne disposait pas des données sur la disponibilité et l'opérationnalité des services de santé au niveau des formations sanitaires.

En réponse à ces gaps, le pays a mené des interventions pour le renforcement du système d'information sanitaire notamment avec le DHIS 2 en phase de mise à l'échelle. Cette base de données constitue un entrepôt qui permet d'abriter plusieurs bases de données et d'assurer les échanges entre les données de différents systèmes d'information sanitaire (Routine, Enquête, Recherche).

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'Agenda de transformation de l'OMS en Afrique, le bureau pays de l'OMS a facilité la production et le partage des données de qualité pour la prise de décision, le suivi des tendances et la planification stratégique à travers les réalisations suivantes :

- Production des bases factuelles pour améliorer la qualité des services et les soins de santé intégrés centrés sur la personne : partenariat avec la Banque mondiale et appui technique pour l'organisation de l'enquête SARA en 2016-17 le résultat de cette enquête va
- alimenter l'élaboration du prochain PNDS.



Un expert de l'OMS AFRO entrain de former les membres du groupe technique de travail SARA

- Résultats de l'enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB) 2016-2017.



Cette enquête était combinée à l'enquête sur les indicateurs du Paludisme (EIP). Le bureau a fourni un appui technique et logistique pour l'organisation de l'enquête en collaboration avec les autres partenaires pour son organisation.

Ces résultats montrent une amélioration de certains indicateurs notamment la mortalité infantile qui est passée de 59‰ à 47‰ entre 2010 et 2016-2017, les taux de mortalité juvénile et infanto-juvénile avec la même tendance entre 2010 et 2016-2017, respectivement 40‰ à 33‰ et 96‰ à 78‰. Le niveau de malnutrition chronique est resté presque stationnaire (56 % contre 58 % en 2010). La prévention contre le paludisme par la MIILDA est trop faible (17 % des ménages au Burundi possédant, au moins, une MIILDA pour deux personnes, 44% des femmes enceintes dorment sous MIILDA). Cette faible couverture en MIILDA est un des déterminants clés des épidémies de paludisme au Burundi. L'enquête post campagne MILDA de septembre 2017 montre cependant l'amélioration d'indicateurs, notamment 72.1% de ménages au Burundi possédant, au moins, une MIILDA pour deux personnes

Appui à la recherche en santé à travers la contribution technique et logistique de l'OMS lors de la 6ème Conférence Scientifique annuelle sur la Santé dans le cadre d'EAC. Parmi les principales recommandations issues de ce forum, on peut citer (i) le renforcement des capacités des

laboratoires , (ii) la promotion de l'approche « One Health » pour la surveillance et la réponse à la résistance aux antimicrobiens, (iii) la mise en place d'une stratégie sous régionale de protection des personnels de santé contre les expositions aux risques professionnels , iv) l'adoption et mise en œuvre d'une stratégie sous régionale de gestion et d'élimination des maladies infectieuses comme les hépatites B et C, la tuberculose paludisme, Ebola, HPV, HIV etc.....

En perspective, OMS compte appuyer le pays dans la mise en place d'un Observatoire National de santé et la mise à jour du profil sanitaire pour mieux suivre les tendances sur le plan épidémiologique, couverture sanitaire universelle y compris les déterminants de la santé etc... Pour le suivi des progrès des indicateurs CSU, le premier rapport sur les baselines sera publié en 2018.

5.5. Produits médicaux et technologies sanitaires

L'accès aux produits médicaux de qualité et abordable est l'un des maillons faibles du système de santé au Burundi. Le pays dispose d'une centrale d'achat de médicament et d'une chaîne d'approvisionnement fonctionnel jusqu'au niveau optionnel. Cependant le dispositif n'est pas pleinement fonctionnel : ruptures récurrente des stocks, problèmes liés à la logistique pour la distribution, la production et la gestion des informations sur les produits médicaux en vue d'une meilleure gestion, le contrôle de qualité pas toujours assuré

et la pharmacovigilance n'est pas encore fonctionnelle.

Ces insuffisances ajoutées à la mauvaise utilisation des médicaments observée dans le pays font que la lutte contre la résistance aux antimicrobiens restes une priorité pour le pays.

Pour face à ces problèmes, un arsenal de dispositifs législatifs et réglementaires sont en cours d'adoption pour doter le pays des outils de gouvernance et réglementaires.

En 2017, l'OMS a apporté un appui au pays pour le renforcement : de la gestion rationnelle des produits médicaux, de la qualité, de l'usage rationnel et de la gouvernance.

- **Gestion rationnelle des produits médicaux**

Une enquête a été réalisée pour mesurer l'impact des formations sur la gestion rationnelle des médicaments dans les districts sanitaires. Les résultats de l'enquête ont révélé que les différentes formations ont contribué à l'amélioration de la gestion des médicaments dans les districts.



L'assistance du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA entourée par le Gouverneur par la Province Bujumbura à sa droite et le représentant de l'OMS au Burundi à sa gauche

Deux pôles d'action ont orienté les activités au cours de l'année 2017.

- (i) Une analyse des facteurs freinant le développement du contrôle de qualité des médicaments au Burundi suivie d'une proposition des stratégies pour une meilleure implication des acteurs dans l'assurance de la qualité des médicaments.
 - (ii) Une mise à jour des protocoles et procédures d'analyses du laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments avec un renforcement des capacités du personnel.
- **Amélioration de l'usage rationnel des médicaments et lutte contre la résistance aux antimicrobiens**

La lutte contre la résistance aux antimicrobiens a dominé les actions. En effet, deux enquêtes ont été réalisées et les résultats vont guider les activités qui vont suivre.

Ces enquêtes sont :

- (i) Une enquête sur la consommation des antimicrobiens dans le cadre de la surveillance de l'usage des antimicrobiens
- (ii) Une enquête rétrospective sur la situation de la résistance aux antimicrobiens dans le pays : un prélude à l'élaboration en cours d'un plan national d'action pour la lutte contre la résistance aux antimicrobiens

Dans le cadre de la célébration de la semaine mondiale pour un bon usage



des antibiotiques (13-19 novembre 2017), le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, en collaboration avec le bureau de l'OMS au Burundi, a organisé plusieurs activités de promotion et de plaidoyer en faveur de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens: un atelier de sensibilisation (couplé avec un atelier des médias), un plateau télévisé de reportages et interviews (presse écrite, radios et télévision nationale), un magazine de Deutsche Welle, la promotion de la première liste nationale des médicaments à prescription médicale obligatoire.

Appui à la coordination des interventions dans le secteur pharmaceutique : Le bureau a facilité les activités et réunions mensuelles du Groupe Thématique Médicaments. En 2017, un accent particulier été mis sur le suivi des intrants de la gestion des stocks des médicaments notamment pour la lutte contre les épidémies de paludisme et du choléra. la lutte contre la résistance aux antimicrobiens avec l'approche « one health », la mise en œuvre des subventions du Fonds Mondial (volet GAS),

Les partenaires (UNICEF, GFATM, USAID, MSF Belgique) en appui aux efforts de l'Etat, apportent un appui pour un meilleur accès aux médicaments : acquisition de stock des médicaments essentiels pour les formations sanitaires et les situations d'urgence, appui à la gouvernance du sous-secteur pharmaceutique, gestion de la chaîne d'approvisionnement y compris l'assurance qualité et la pharmacovigilance.

A partir de 2018, un effort fait dans la cadre du renforcement des capacités de gestion des médicaments et des supervisions formatives pourront accompagner le processus.

VI. SECURITE SANITAIRE ET URGENCES

6.1. Alerte et réponse aux épidémies

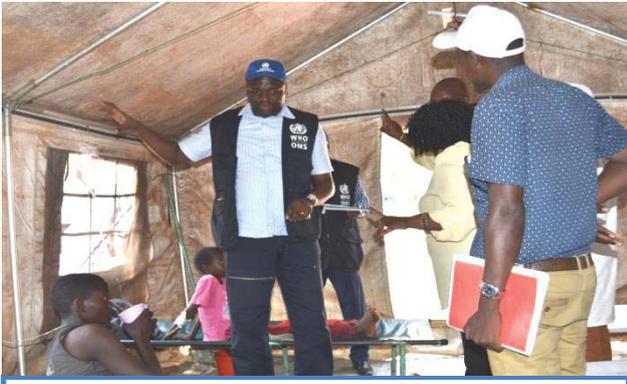
L'année 2017 au Burundi a été marquée par deux grandes épidémies dont :

i) L'épidémie de choléra

Au total, 367 cas avec zéro décès ont été notifiés dans 10 districts de santé, Cibitoke, Mpanda, Bujumbura Nord, Bujumbura Centre, Bujumbura Sud, Isale, Kabezi, Bugarama, Rumonge, Nyanza lac voisins avec la RDC et en bordure du lac Tanganyika. Cette épidémie récurrente au Burundi est notifiée chaque année dans les mêmes districts sanitaires de la plaine de l'Imbo. L'organisation de la riposte s'est faite à travers plusieurs activités notamment :

Les investigations de l'épidémie : Des investigations ont été réalisées par l'OMS en appui au Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida (MSPLS) dans les 48h dans tous les districts sanitaires pour la confirmation de l'épidémie et donner un premier appui. Les rapports partagés ont dans la plupart des cas mis en évidence des insuffisances à plusieurs niveaux de la riposte

notamment la méconnaissance de la définition des cas par les prestataires des soins, l'insuffisance en équipement, en personnel soignant, en hygiène dans les CTC et dans les formations sanitaires.



Investigation de l'épidémie de choléra à Nyanza Lac Août 2017

La prise en charge des cas : Elle était organisée dans les centres de traitement de choléra (CTC) pour certains districts dont Nyanza Lac, Cibitoke et à l'hôpital Prince Régent de Bujumbura. Dans les autres formations sanitaires, la prise en charge était organisée dans des chambres d'isolement ponctuelles aménagées pour la circonstance. Les tests rapides étaient réalisés sur les lits des malades et les échantillons étaient envoyés à l'Institut National de Santé Publique (INSP) et au Centre hospitalier universitaire de Bujumbura pour confirmation du diagnostic. Les deux laboratoires de référence de niveau 2 ne pouvaient pas réaliser le génotypage ni conserver les souches. Durant cette épidémie la souche de vibriocholerae Ogawa a été isolée. L'antibiogramme a montré une sensibilité à l'amoxicilline, au Chloramphénicol, à la Tétracycline et à la ciprofloxacine.

La surveillance épidémiologique : les données hebdomadaires étaient centralisées et publiées dans le sitrep. Les modules de formation sur la surveillance intégrée des maladies et riposte ont été revus suivi de la formation de 15 formateurs au niveau national. Egalement, 54 médecins chefs de districts et des provinces sanitaires ont été formés.



Equipe de formation SIMR à GITEGA Octobre 2017

La Communication sur le risque : des messages de sensibilisation élaborés au niveau du MSPLS étaient transmis dans les districts sanitaires pour leur diffusion. Un atelier de formation sur la communication du risque a été organisé à l'intention des journalistes et des chargés de communication au niveau des organisations et des ministères. Au total 43 personnes ont été formées sur la technique de communication sur le risque en situation d'urgence avec l'appui d'un expert venu d'AFRO.

La mobilisation des ressources : à travers le système de gestion de l'incident qui avait été activé au niveau de l'OMS, des fonds CFE ont été mobilisés pour le déploiement du personnel et l'augmentation des capacités du personnel soignant.

ii) Epidémie de paludisme

L'épidémie de paludisme qui a été déclarée le 13 mars 2017 à la suite des résultats d'investigation conduite par une équipe d'experts de l'OMS. L'épidémie a été prise en charge par le ministère de la santé Publique et de la lutte contre le Sida à travers une série d'interventions.

L'OMS a donné son appui par l'activation du système de gestion des incidents avec un incident manager pour la coordination.

Au total 7.426.874 cas et 3.226 décès ont été notifiés. En date du 8 décembre le Ministère de la santé a déclaré la fin de l'épidémie de paludisme.



La ministre de la santé publique et de la lutte contre le sida lors de la déclaration de l'épidémie de paludisme

La Coordination : elle a été faite au niveau national par le programme des urgences du MSPLS avec l'appui de l'OMS. Des réunions ont été organisées au niveau du MSPLS. Au niveau de l'OMS le système de gestion de l'incident avait été activé avec la nomination d'un Incident manager. Des experts de plusieurs spécialité (épidémiologistes, entomologistes, spécialiste en

communication, logisticiens et des administratifs) venant de plusieurs niveaux de l'Organisation (AFRO, IST, WCO) ont été déployés. Le HUB de Ngozi avait été ouvert pour renforcer la coordination dans la partie Nord du pays. Aussi le groupe sectoriel santé a organisé des réunions mensuelles et quelques réunions extraordinaires au début de l'épidémie pour mobiliser les différents partenaires.

6.2. Gestion des urgences humanitaires

L'appui à la gestion des urgences humanitaires s'est faite à travers plusieurs activités dont :

La coordination du groupe sectoriel santé qui est composé de 19 membres dont 5 agences du système des nations unies (OMS, UNICEF, UNFPA, UNHCR, OIM) les ONG internationales et nationales (MSFB, CONCERN, Handicap International, Christian Aid, ABUBEF, GVC, IHPB, Malaria care, IMC, IRC, Médical Mondial, Terre des hommes), le CICR et la Croix Rouge Burundaise et certaines partenaires financiers comme l'UE et l'USAID.

Le groupe sectoriel santé se réunissait une fois le mois sous la direction de l'OMS. Durant ces réunions les membres échangeaient sur les problèmes de santé et les activités réalisées par chaque membre.

Participation aux réunions intersectorielles organisées par OCHA pour tous les coordonnateurs des groupes sectoriels. Ces réunions bimensuelles sont des lieux d'échanges entre les coordonnateurs



des différents groupes avec l'équipe d'OCHA.

Participation à la planification HNO/HRP et deux enquêtes MIRA (Mutisectorial Initial Rapid Assessment) organisées au début de l'année et au dernier trimestre sur l'évaluation de la situation sanitaire et nutritionnelle.

Appui du pays à l'organisation des activités de prise en charge des urgences de santé publique notamment : (i) l'appui à l'organisation de l'évaluation interne de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI) en préparation de l'évaluation conjointe externe prévue pour le premier trimestre 2018. Cette évaluation a connu la participation des membres du point focal RSI, les différents chefs des programmes du Ministère de la santé publique et de lutte contre le Sida (MSPLS), des représentants des Ministères de l'agriculture et de l'élevage, du commerce, des finances, du transport et des membres du groupe sectoriel santé. 48 indicateurs groupés dans 19 domaines ont été analysés et une cotation a été réalisée et sera revue lors de l'évaluation conjointe externe (ii) appui aux activités de mise en place du centre des opérations d'urgences de santé publique (COUSP) par la formation de deux staffs du MSPLS sur la gestion du COUSP et l'élaboration du plan de mise en place du COUSP au Burundi.



Evaluation interne du RSI Bujumbura décembre 2017

6.3. Sécurité sanitaire des aliments

La situation en matière de sécurité sanitaire des aliments est peu documentée. Le domaine est caractérisé par une absence d'un système d'alerte fonctionnel, d'une faible capacité réponse aux urgences de sécurité sanitaire et l'absence d'une stratégie nationale

L'OMS a joué un rôle capital dans l'adhésion du Burundi à l'INFOSAN. Un point de contact d'urgence et des points focaux du réseau INFOSAN ont été nommés. Le bureau OMS préside le groupe thématique « sécurité sanitaire des aliments » de la plateforme multisectorielle de sécurité alimentaire et nutrition.

A travers un atelier de redynamisation des Groupes thématiques initiés par la 2^{ème} Vice-Présidence de la République, une analyse sommaire de la situation a été ébauchée et permettra de guider l'élaboration d'une stratégie nationale sur la SSA qui se fera en collaboration avec le PAM.

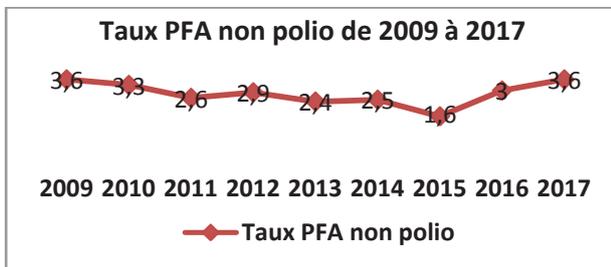
La priorité dans le futur sera focalisée sur l'élaboration d'une stratégie nationale de sécurité sanitaire des



aliments et le renforcement des capacités des acteurs

VII. ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS

Le Burundi a été déclaré pays libre de poliovirus sauvage depuis décembre 2006. Le Comité Régional de Certification pour l'Afrique (CRCA) a recommandé au pays de renforcer les activités de surveillance des PFA. En 2009, à la suite d'une notification d'un cas importé de poliovirus sauvage (PVS) en province Cibitoke, la CRCA a recommandé de nouveau au Burundi de préparer chaque année un rapport de progrès et un plan annuel de réponse à une éventuelle importation d'un poliovirus sauvage (PVS). Les indicateurs de surveillance des PFA dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite se sont améliorés de 2016 à 2017.



Le taux de PFA non polio (cible régionale du taux PFA est de 2) évolue bien depuis 2016 et les conditions de transport des échantillons sont bonnes (98% en 2016 et 94% en 2017).

Le problème rencontré par le programme d'éradication de la polio est l'instabilité du personnel formé comme point focal dans les districts car ce sont eux qui effectuent la surveillance active dans les formations sanitaires. A la fin de l'année, il y a toujours des districts sanitaires qui

restent silencieux (11 en fin 2017 contre 21 en 2016).

Pour parier à ces défis, un plan de renforcement des activités de surveillance des PFA intégré à la surveillance d'autres MEV est élaboré et un accent particulier est mis sur les D.S. Silencieux.

L'OMS a apporté son appui technique et financier à la mise en œuvre des interventions de l'initiative d'éradication de la poliomyélite à savoir :

- la production d'une documentation complète des activités de surveillance et d'immunisation des enfants et leur soumission au Comité Régional de Certification pour l'Afrique (CRCA) afin de prouver la situation sur le maintien du statut d'un pays libéré de poliovirus sauvage ;
- la mise en œuvre des activités du plan de renforcement de la surveillance des PFA et autres maladies évitables par la vaccination : formation sur la recherche active des 92 points focaux de surveillance dans 46 districts sanitaires suivi de planification trimestrielle des activités, supervision des districts silencieux depuis le début de l'année, suivi des cas de PFA dépassant 90 jours, classement des cas des PFA ayant les résultats de laboratoire, paiement des



frais de transport interne et externe des échantillons de PFA ,coordination des 3 comités de certification polio.

Depuis le mois d'Aout 2017, le bureau a recruté un contractuel temporel en appui au programme IVD et une amélioration des indicateurs de surveillance de PFA et autres MEV a été constatée dans les districts sanitaires qui étaient silencieux. De 2016 à 2017, la surveillance des PFA et de la Rougeole a été améliorée suite au renforcement des capacités du personnel à travers la formation et les supervisions régulières pour rehausser les performances des districts silencieux.

VIII. GESTION ET COORDINATION DU BUREAU PAYS

8.1. Le Personnel

A la fin de l'année 2017, le Bureau comptait au total un effectif de 25 membres du personnel dont trois (3) staffs de la catégorie des professionnels internationaux, sept (7) staffs de la catégorie des professionnels nationaux, treize (13) staffs de la catégorie des services généraux et deux (2) staff déploiement au bureau dans le cadre de la mission d'appui administratif au Bureau du Burundi. Le ratio homme/femme est de 1.8

Le soutien au renforcement des capacités sur la gestion des ressources du bureau a été assuré par les staffs des bureaux des IST dans les domaines des elmprest, de la gestion des awards, de l'administrative, de la gestion des achats et voyages.

Au cours de l'année 2017, l'amélioration des conditions de travail du personnel a été une grande priorité. Le renforcement de l'équipe administrative a occasionné le recrutement d'une assistante administrative, d'un assistant logistique et d'un assistant ICT. Le renforcement des capacités du personnel a été régulièrement opéré sur place et à l'étranger sur la participation aux ateliers : sur la planification et mise en œuvre des activités de lutte anti vectorielle, sur la gestion des biens et immobilisations, sur le renforcement des capacités des administrateurs de programme et des administrateurs des Bureaux Pays, sur le renforcement des capacités sur la surveillance épidémiologique du paludisme la gestion des données et lutte contre les épidémies de paludisme.

L'infrastructure et/ou l'équipement du bureau ont été renforcés par l'acquisition d'un groupe électrogène de 100KVA pour faire face aux difficultés de coupure intempestive du courant.

Dans le cadre mise pour la mise en œuvre de l'agenda de transformation, le Bureau a répondu en développant depuis le début du biennium 2016-17 une feuille de route pour la transformation du Bureau et en mettant des agents de changements sous la supervision du Représentant (Agent de changement principal). Un accent a été mis sur le suivi de la transparence dans la gestion des recrutements et procédures d'approvisionnement, ainsi que la gestion des ressources humaines.



8.2. Finances

Gestion des Awards et des plans de travail

L'allocation budgétaire globale 2016-17 s'élevait à 8, 352,102USD avec une planification de 8, 547,988USD dont 7, 422,821USD des fonds budgétisés pour une Implémentation de 7, 317,722USD soit 93% d'utilisation sur l'ensemble du budget disponible

Dans la période du biennium 2016-17 des agreements ont été dont certaines activités ont été réalisées en 2017 avec une couverture totale des domaines de distribution des fonds, de financement de plan de travail et des dotations budgétaires (award budget)

AF_BDI Distribution 2016-17 en USD

FUND	AC	VC	TOTAL
Distribué	2 504 833	5 377 269	7 882 102
Financé	2 504 833	5 147 629	7 652 462
Non Financé	0	229 641	229 641
Non Budgétisé	0	229 641	229 641
Non dépensé	347	570 415	570 762

Pour s'assurer de l'utilisation des fonds dans les délais, le bureau a mis l'accent sur la gestion des contributions, l'analyse préliminaire des accords de donateurs, le contrôle et suivi de la fin des awards- budget Award – extension sans coûts et la date de fermeture des awards ainsi que les transferts de fonds, l'élaboration des rapports aux donateurs.

Pour le suivi de la mise en œuvre des plans de travail (activités et salaire),

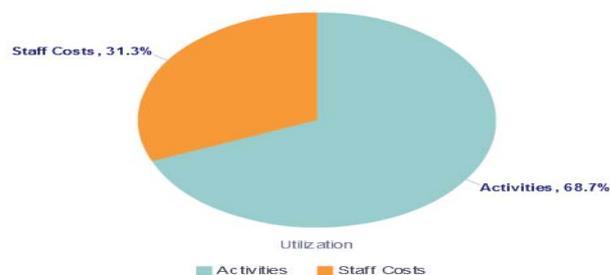
l'accent a été mis sur la qualité technique des produits livrés :

- Gestion et contrôle: dépenses et paiements conformément aux procédures en vigueur;
- Gestion des supports de l'information des technologies conformes aux procédures en vigueur;
- Charges diverses ont été prises en compte pour le bon fonctionnement du Bureau
- Equipements: Le Bureau est en train d'être équipé progressivement selon les priorités en fonction de la disponibilité de fonds
- MOSS conforme/sécurité du staff: radios acquises pour le staff, pour le bureau la sécurité a été assurée par la société de gardiennage, contribution à la sécurité des UN
- Carburant, électricité: mise en œuvre effective

Contrôle des dépenses

La gestion des dépenses pour l'année 2017 a dégagé 68.7% en activités et 31.3% en salaires

8.3. Outils de gestion du bureau de l'OMS



Les Procédures opérationnelles ont guidé les fonctionnaires directement chargés de l'exécution des activités

selon les politiques et procédures de l'OMS

Pour Coopération Financière (DFC)

Sur l'ensemble des 17 DFCs émis en 2017, 13 ont été justifiés, 4 d'entre eux n'ont pas encore été justifiés. Ce qui représente 67% des DFCs justifiés et 12% des DFCs non justifiés.

C'est ainsi que pour assurer un monitoring de qualité des DFCs, il a été mis en place au niveau du CSU un système de tracking. Ce système nous permettra de suivre régulièrement et systématiquement tous les DFCs émis en 2017 et nous permettra de recevoir les rapports techniques et financiers avec beaucoup plus de promptitude.

Pour la mise en œuvre directe (DI) :

Sur l'ensemble des 82 DIs émis en 2017 Le centre budgétaire compte encore 3 DI en souffrance à la fin de l'année. Pour un meilleur suivi de ces DI l'attention des chargés de programme a été attiré sur ce fait pour réduire drastiquement le nombre des DI à justifier.

Pour la gestion des Indicateurs Clé de performance (KPI) :

Le bureau a mis un accent particulier sur suivi des KPI's : finance, approvisionnement, voyage et gestion des asset, ressources humaines, gestion de la technologie de l'information, sécurité.

En 2017, le bureau pays était en conformité pour huit (8) variables des KPIs en vert et deux (2) variables des KPI's en jaune (BANK2, DFC).

Cependant cinq (5) variable de KPI's étaient en rouge.

8.4. Communication stratégique

Au cours de l'année 2017, le Bureau a facilité la célébration des principaux évènements de santé notamment la journée Mondiale de la santé, la journée Mondiale de lutte contre la tuberculose, la Journée Mondiale contre le paludisme, la Semaine Africaine de Vaccination, la Semaine Santé mère enfant et la journée Mondiale contre le sida. Des communiqués de presses ont été produits et partagés avec les partenaires au niveau national et à différents niveaux de l'Organisation.

En vue de renforcer les capacités nationales à la communication sur le risque, le Bureau a fourni une assistance technique et financier pour l'organisation d'un atelier de communication sur les risques. L'atelier a réuni 40 participants du MSPLS et les autres Ministères impliqués dans la gestion des urgences et catastrophes



Vue des participants lors de l'atelier sur la communication de risque

Dans le but de promouvoir l'information sanitaire et les activités d'appui de l'OMS au Secteur santé au Burundi, le Bureau de l'OMS, en collaboration avec les professionnels

des média a mis en place un plan média. Ce plan a été présenté lors d'un déjeuner de presse à l'intention des responsables des média tant publics que privés en compagnie de leurs collaborateurs producteurs des émissions et articles de santé et sous la coordination du Représentant de l'OMS.



Photo de famille lors de l'atelier d'élaboration du plan média (Représentant OMS au milieu entouré de professionnels des média, expert OMS facilitateur de l'atelier

En perspective, le bureau s'attellera à :

- assurer la mise à jour régulière de base de données des parties prenantes
- finaliser la stratégie de communication du Bureau
- mettre à jour des informations stratégiques sur le site web

8.5. Réunions et retraite du personnel

Dans la cadre de la mise en œuvre de l'agenda de transformation des réunions hebdomadaires de coordination sont dirigées par le Représentant et sont l'occasion d'échanges sur les progrès dans l'exécution de plans de travail.

Des réunions mensuelles de tout le personnel sont également tenue et donne l'occasion aux participants

d'avoir une mise à jour sur des questions d'intérêt général.

Une retraite du personnel du bureau a été tenue à l'hôtel Tanganyika Blue Bay de Rumonge, du 9 au 11 février 2017 sous le thème « Transformer OMS Burundi en une Organisation Pro active, Efficace et Efficiente pour répondre aux besoins prioritaires du Burundi: d'où venons-nous et vers où allons-nous ? ». Les principaux résultats de cette retraite sont (i) Feuille de route pour l'agenda de transformation mise à jour , (ii) Plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations de la revue gestionnaire et administrative des programmes, (iii) Meilleure compréhension des règles, procédures et de nouvelles instructions de l'organisation.



8.6. Association du Personnel de l'OMS Burundi.

Au cours de l'année 2017, l'Association du Personnel de l'OMS au Burundi (APOB) a poursuivi avec des activités d'ordre social notamment l'organisation des échanges des vœux du nouvel an à l'occasion de la retraite du personnel de l'OMS au Burundi, l'accueil de nouveaux staffs ayant rejoint l'équipe en tant que staff à temps plein ou en appui temporaire



dans le cadre du programme des urgences etc. En outre, APOB a également continué à participer aux actions conjointes du Système des Nations Unies avec les autres Associations de la « Fédération of UN Staff Association (FUNSA) ». Dans le cadre de la solidarité aux militants de l'autonomisation de la femme, APOB a organisée la célébration au bureau de la journée internationale de la femme et un bouquet de fleurs a été remis à l'ensemble des femmes staff du bureau.

Dans le cadre de l'amélioration de l'environnement de travail, APOB a organisé un cadre d'échanges entre ses membres sur la vie et le bien être en milieu de travail.

En dépit des dures conditions de vie dues à la situation de crise socio-politique que traverse le pays, l'APOB a poursuivi ses activités avec le souci d'être toujours plus efficace dans l'accomplissement de ses tâches qui contribuent notamment au renforcement de l'esprit d'équipe et à l'épanouissement socio-professionnel de tous les membres. L'association s'est aussi investie dans l'accompagnement des membres qui ont connu des événements heureux ou malheureux. L'APOB a régulièrement participé aux réunions de CSU du bureau et au recrutement de nouveau staff.

IX. DEFIS, OPPORTUNITES, CONTRAINTES ET PERSPECTIVES

9.1. Défis, contraintes et opportunités

L'exécution du plan de travail 2017 a été émaillée d'un certain nombre de défis, contraintes et opportunités qui ont une influence sur la performance du bureau.

Les défis les plus importants sont notamment (i) la mise en place d'un système efficace d'alerte précoce et opérationnel pour la réponse aux épidémies de paludisme et autres maladies à potentiel épidémiques, (ii) la mise à échelle des interventions prioritaires de santé en vue d'une couverture sanitaire universelle (CSU), (iii) la mise en place d'un système de gestion de la chaîne d'approvisionnement, (iv) l'amélioration de la qualité des soins offerts à la population, la surveillance des maladies épidémiques et des décès (v) le fonctionnement des organes de coordination du secteur de la santé. Le défi majeur spécifique au bureau concerne la poursuite de la transformation du bureau dans le cadre global de l'agenda de transformation pour mieux appuyer le pays à satisfaire aux besoins sanitaires de la population.

Les principales contraintes rencontrées dans l'exécution du plan de travail en 2017 sont entre autre (i) l'instabilité du personnel à différents niveaux, y compris les points focaux des DS formés sur la surveillance active, (ii) les interférences diverses dans la mise en œuvre des activités, (iii) les restrictions des appuis financiers au



budget de l'Etat et les coupes des allocations budgétaires à la santé.

Concernant les opportunités, il existe des plateformes nationales de coordination des partenaires aussi bien pour tous les partenaires de la santé (CPSD) que les Agences du SNU (UNDAF) qui favorisent la planification et la mise en œuvre des programmes conjoints. Quelques initiatives mondiales de financement (FM, GAVI,...) et de la coopération bilatérale et multilatérale en faveur de la santé, un partenariat émergeant Chine-Afrique, etc sont des opportunités de synergies dans la mise en œuvre des plan du bureau. Enfin, l'OMS joue le rôle de conseiller privilégié du MSPLS

9. 2. Perspectives 2018

Les appuis prioritaires requis pour maximiser l'atteinte des résultats escomptés pour le biennium 2018-2019 en général et du plan 2018 en particulier sont :

- élaboration du PNDS 2019-2023 et ses annexes
 - appui technique à la formulation du plan stratégique des ressources humaines pour la santé
 - renforcement des capacités à tous les niveaux en mettant un accent particulier au niveau district sanitaire pour plus d'intégration et d'équité
 - renforcement des capacités dans divers domaines et à tous les niveaux (capacité de laboratoire pour VIH, stratégie atteindre chaque DS pour le PEV,
- mise à jour des stratégies et/ou directives de prise en charge du paludisme, la prise en charge de la tuberculose, traitement aux ARV ainsi que la lutte contre les STH et schistosomiase
 - suivi de la résistance (anti tuberculeux, anti paludiques, insecticides, etc)
 - planification stratégique pour les hépatites, le paludisme et les MCNT
 - mise en œuvre des campagnes de traitement de masse des MTN
 - le coaching sera orienté vers l'extension de la surveillance des décès maternels au niveau communautaire et mentorat clinique
 - administration de la 2^{ème} dose du vaccin contre le cancer du col

Au niveau interne, les actions futures seront focalisées sur :

- l'évaluation de la stratégie de coopération de l'OMS avec le pays ;
- la mobilisation des ressources additionnelles pour les activités prioritaires ;
- le renforcement du dialogue politique et technique en matière de santé ;
- le cofinancement avec d'autres partenaires techniques et financiers en vue d'une meilleure synergie dans la mise en œuvre des activités selon les besoins prioritaires du pays.
- l'exécution de la feuille de route de l'agenda de transformation au niveau du bureau
- l'élaboration d'une Stratégie de communication du bureau



X. SYNTHÈSE DES RÉALISATIONS ET CONCLUSION

Les réalisations phares du bureau du bureau en 2017 concernent différents domaines, ils'agit de :

- l'extension de la couverture en ARV et prévention à l'isoniazide chez les tuberculeux ;
 - l'analyse de la situation et évaluations portant notamment sur :
 - o les hépatites virales
 - o qualités de soins maternels
 - o le fonctionnement du CPSD
 - o revue du PNDS 2011-2018 et de la CCS
 - la mise en place d'un programme de mentorat clinique sur les soins obstétricaux et néo-natals d'urgence complets dans 7 hôpitaux
 - le maintien de la performance de programme de chimiothérapie préventive de masse pour les MTN
 - l'investigation et riposte avec succès des épidémies de paludisme et de cholera
 - la formation des prestataires dans divers domaines,
- notamment sur la prise en charge de la malnutrition aigüe, la surveillance et recherche active des PFA,
 - l'appui aux enquêtes et dissémination des résultats: SARA, EDS III, etc
 - l'élaboration des outils et directives pour la mise en œuvre des interventions : (i) outils pour la surveillance des décès maternels et riposte, (ii) référentiel de qualité de soins au niveau des DS et dans la communauté, (iii) manuel de prise en charge des IST, (iv) protocole et procédure d'analyse et contrôle de la qualité de laboratoire pour les médicaments
 - l'Introduction du vaccin de la rougeole-rubeole et 7^{ème} semaine africaine de vaccination
 - la mobilisation de ressources auprès de RSS GAVI et GFATM
 - la mise en place d'un plan média
 - la promotion de l'approche « one health ».



En conclusion, les réalisations du bureau en 2017 s'inscrivent dans la cadre de la mise en œuvre de l'actuelle stratégie de coopération du Burundi avec l'OMS et les priorités nationales exprimées à travers le PNDS étendu jusqu'en 2018. L'endigement de l'épidémie de paludisme qui a sévit tout au long de l'année constitue le résultat le plus saillant de l'appui de l'OMS et autres partenaires au MSPLS, en ceci dans un contexte de ressources limitées. En 2018, le processus d'élaboration d'une nouvelle CCS sera poursuivi, des appuis prioritaires seront concentrés sur l'élaboration du PDNS III et la mise à échelle des interventions prioritaires de santé pour la CSU sans oublier la mise en œuvre des réformes de l'OMS au niveau interne.



Annexes :

a. Missions d'Appui reçus en 2017

N°	Objet de la mission	Noms des participants	Titre	Date de Début	Date de Fin	Durée	Source de l'appui	Programme bénéficiaire
1	Appui technique pour analyse d'importation de la méningite à Méningocoque A au Burundi	Dr LinganiClement	Expert OMS/IST/AO	27/03/2017	31/03/2017	5	IST/Ouest	PEV
2	Appui technique pour analyse d'importation de la méningite à Méningocoque A au Burundi	Dr Ronveaux Olivier	Expert OMS/HQ	28/03/2017	31/03/2017	4	HQ	PEV
3	Appui technique pour analyse d'importation de la méningite à Méningocoque A au Burundi et appui technique pour la campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole au Burundi.	Dr Luce Richard	Expert OMS/IST/AC	16/04/2017	14/05/2017	32	IST/CA	PEV
5	Appui technique pour l'enquête de couverture vaccinale.	Dr Salami Lamidhi	Consultant	03/12/2017	16/12/2017	14	AFRO	PEV
6	Planification et mise en œuvre des activités de lutte anti vectorielle	Dr Fondjo Etienne	Consultant	29/08/2017	01/11/2017	63	CDS/AFRO	MAL
7	Evaluation de la qualité des soins maternels et pédiatriques dans les sept hôpitaux de district du programme mentorat SONUC	Dr KARIYO Pierre, Dr SANNY Saliyou et Dr Daisy TROVODA et deux consultants internationaux	IST	31/07/2017	05/08/2017	6jours	IST AC/AFRO	FHP
8	Mission du consultant en appui à l'évaluation du GPSD	Dr Mamadou DRAVE	Consultant	27/11/17	12/12/17	15 jours	Programme EU-WHO-Luxembourg	HSS
9	Mission du consultant en appui à	Dr Ousmane Amadou SY	Consultant	18/12/17	23/12/17	5 jours	GAVI	HSS



RAPPORT D'ACTIVITES 2017

16	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Dr Raymond PALLAWO	Planification et Gestion de l'information	15 Août 2017	14 Octobre 2017	60 jours	Fonds CFE	WHE
17	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Mr Rodrigue BARRY Boureima	Communication Officer				Fonds CFE	WHE
18	Mission d'appui à la prise en charge de l'épidémie de paludisme	Dr Patrick BITSINDOU	Entomologiste médical	17 Janvier 2017	30 Janvier 2017	13 jours	Fonds CFE	WHE
19	Mission d'appui à la prise en charge de l'épidémie de paludisme	Dr Spès NTABANGANA	Technical officer inter pays	18 Janvier 2017	29 Janvier 2017	11 jours	Fonds CFE	WHE
20	Mission d'appui à la prise en charge de l'épidémie de paludisme	Mr Steve BANZA KUBENGA	Data manager/inter pays	20 Mars 2017	05 Avril 2017	16 jours	Fonds CFE	WHE
21	Mission d'appui à la prise en charge de l'épidémie de paludisme	Dr Bacary SAMBOU	Technical officer/WCO DRC	04 mai 2017	16 mai 2017	12 jours	Fonds CFE	WHE
22	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Mr Blanchard BONANI	Logisticien de santé	22 Avril 2017	25 mai 2017	33 jours	Fonds CFE	WHE
23	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Mme Jeanine PIEBI ELEONORE	Assistant Programme Financier	31 Août 2017	30 Septembre 2017	30 jours	Fonds CFE	WHE



RAPPORT D'ACTIVITES 2017

24	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Mr Igor MEZEME NGOUA Régis	A/PBF	27 Août 2017			Fonds CFE	WHE
25	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Mme DAVIES Emma	A/PBF	23 septembre 2017	27 jours		Fonds CFE	WHE
26	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Léonie BONGBAGUIE	Opération Officer a.i				Fonds CFE	WHE
27	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Brice Amalet	Informaticien				Fonds CFE	WHE
28	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Mme HaouaS AWADOGO	A/PBF	06 Octobre 2017	175 jours	01 Avril 2018	Fonds CFE	WHE
29	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Dr Demba LUBAMBO	Technical officer inter pays	17 Avril 2017 et		14 mai 2017	Fonds CFE	WHE
30	Mission d'appui à la prise en charge des épidémies de choléra et de paludisme	Dr Peggy MASSAMBA	Health operation and Technical expertise	29 septembre 2017	40 jours	08 Novembre 2017	Fonds CFE	WHE



b. Mission effectuées par le staff de l'OMS en 2017

Missions effectuées par le personnel OMS à l'extérieur du pays en 2017

N°	Objet de la Mission	Lieu	Participants	Titre	Début	Fin	Durée (en jours)	Programme
1	Atelier de renforcement des capacités sur le Processus de remplissage du JRF.	Brazzaville/Congo	Dr Nduwimana Rose Marie Magnifique	NPO/PEV	14/03/2017	17/03/2017	4	PEV
2	l'Atelier sur les nouvelles procédures opératoires standards (SOPS) et les plans de préparation et de réponse aux flambées de poliovirus pour 15 pays francophones.	Mbour/Sénégal	Dr Nduwimana Rose Marie Magnifique	NPO/PEV	21/03/2017	23/03/2017	3	PEV
3	Facilitation de la formation des Stop Transmission of Polio (STOP) 50.	Kampala/Ouganda	Dr Nduwimana Rose Marie Magnifique	NPO/PEV	05/06/2017	16/06/2017	12	PEV
4	Réunion annuelle des gestionnaires des programmes nationaux de vaccination des pays d'Afrique centrale.	Malabo/Guinée Equatoriale	Dr Nduwimana Rose Marie Magnifique	NPO/PEV	11/09/2017	15/09/2017	5	PEV
5	14ème réunion annuelle sur la surveillance et la réponse aux épidémies de méningite en Afrique et la 4ème réunion annuelle des partenaires MenAfriNet.	Ouagadougou/ Burkina Faso	Mr Manirabaruta Jean Claude	SSA/PEV	12/09/2017	15/09/2017	4	PEV
6	Réunion annuelle des Comités nationaux de certification de l'éradication de la Polio de l'Afrique Centrale, des Comores et de	Ndjamena/Tchad	Mr Manirabaruta Jean Claude	SSA/PEV	21/10/2017	27/10/2017	7	PEV



	charge de la malnutrition aigüe sévère												
16	Réunion de revue et de planification des programmes de santé de la reproduction, sante maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent et nutrition,	COTONOU/BENIN	Dr BUSOGORO Jean François	NPO/FHP	1/11/2017	4/11/2017	4						FHP
17	Atelier de renforcement des capacités sur la JAP, la BDIM et la gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments de lutte contre les MTN	Zambie/Lusaka	Donatien BIGIRIMANA	NPO EDM	20/03/2017	25/03/2017	5						EDM
18	Troisième atelier sur la consommation des antimicrobiens dans la Région africaine	Maputo/Mozambique	Donatien BIGIRIMANA	NPO EDM	20/08/2017	26/08/2017	6						EDM
19	Atelier de formation sur la gestion des épidémies au 21ème siècle	Dakar/ Sénégal	Dr Jérôme NDARUHUTSE	NPO DPC-WHE	21mars 2017	24 mars 2017	4						Urgences
20	Atelier de planification PBM 2018-2019	Douala/ Cameroun	Dr Jérôme NDARUHUTSE	NPODPC-WHE	11 juillet 2017	14 Juillet 2017	4						Planification
21	La 5 ème réunion technique inter-pays sur le Partenariat UE-Luxembourg-OMS pour la CSU	Bruxelles, Belgique	Dr Walter KAZADI Dr Alphonse CIZA MrHamadou NOUHOU MR NKINDI Sublime	WR NPO/MPN Expert HSS Directeur planification au MSPLS	19/3/2017	23/3/2017	4 jours						WR MPN Expert HSS
22	Atelier de planification PBM 2018-2019	Douala/ Cameroun	Dr Alphonse CIZA	NPO/MPN	11 juillet 2017	14 Juillet 2017	4						HSS
23	Atelier des points focaux PBM/Bureau Pays sur la finalisation des plans de travail 2018-2019	Ouagadougou/Burkin a Faso	Dr Alphonse CIZA	NPO/MPN	21 Août 2017	25 Août 2017	5 jours						HSS
24	Participation du MPN au troisième cour	Rabat/Maroc	Dr Alphonse CIZA	NPO/MPN	20/11/2017	24/11/2017	5 jours						HSS



RAPPORT D'ACTIVITES 2017

	francophone global sur la CSU.								
25	Atelier des directeurs de la planification des ministères de la santé et des points focaux HSS /Bureau Pays sur le renforcement du système de santé pour la CSU et les ODD,	Brazzaville/Congo	Dr Alphonse CIZA	NPO/MPN	27/11/2017	01/12/2017	5 jours	HSS	
26	Atelier de formation sur la nutrition et les urgences	Dar-Es-Salaam/Tanzanie	Dr RUHANA MIRINDI Bisimwa	Emergency coordinator	28/08/2017	01/09/2017	4	WHE	
27	Atelier de formation sur la mise en place du centre d'opérations des urgences de santé publique	Brazzaville/ Congo	Dr RUHANA MIRINDI Bisimwa	Emergency coordinator	11/12/2017	15/12/2017	5	WHE	